



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Contributo para o desenvolvimento de psicopatologia
geral e alimentar numa população adolescente
institucionalizada**

Lisandra Filipa Lameiras Carreira (lisandracarreira@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde (Pré-
especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas
Perturbações Psicológicas e de Saúde) sob a orientação da Professora
Doutora Cláudia Ferreira

Contributo para o desenvolvimento de psicopatologia geral e alimentar numa população adolescente institucionalizada

Resumo

Ao longo dos anos têm sido realizados vários estudos de modo a perceber o impacto e o contributo de determinadas variáveis no desenvolvimento de psicopatologia, nomeadamente ao nível de populações com especificidades que poderão de certa forma influenciar o desenvolvimento dessa mesma psicopatologia. O nosso estudo, em particular, centrou-se na comparação entre adolescentes da população geral e institucionalizadas e no contributo da comparação social, da vergonha, do auto criticismo, da auto apresentação perfeccionista e da auto compaixão na psicopatologia alimentar, nomeadamente, insatisfação corporal e procura da magreza, e na psicopatologia geral, como sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress. A fim de perceber se existiam diferenças entre a população geral e a população institucionalizada, decidimos comparar as duas populações: população estudante (n=92), recolhida em escolas de ensino básico e secundário e população institucionalizada (n=90), recolhida em instituições de acolhimento temporário. Assim, pretendemos estudar o impacto destas variáveis no desenvolvimento de psicopatologia e se este impacto é superior na população institucionalizada. Os resultados obtidos sugerem-nos que a auto apresentação perfeccionista, a comparação social, as variáveis associadas à imagem corporal (o índice de massa corporal, a discrepância entre o índice de massa corporal real e ideal) e o auto julgamento crítico contribuem para o desenvolvimento de psicopatologia. Para além disso, os resultados aponta, ainda, para a existência de um efeito de mediação parcial da insatisfação corporal na relação entre a vergonha interna e a procura da magreza; existe ainda uma mediação total do auto julgamento crítico na relação entre a comparação social com as amigas e a procura da magreza.

Palavras-chave: crianças institucionalizadas; comparação social; vergonha interna; vergonha externa; auto criticismo; auto apresentação perfeccionista; auto compaixão; psicopatologia geral; psicopatologia alimentar

Contribution to the development of general psychopathology and eating disorder in the institutionalized adolescent

Abstract

Over the years several studies have been conducted to understand the impact and contribution of certain variables in the development of psychopathology, particularly at the level of populations with specific characteristics that may somehow influence the development of the same psychopathology. Our study, in particular, focused on the comparison between adolescents and institutionalized general population and the contribution of social comparison, shame, self criticism, self presentation perfectionist and self compassion in eating disorder, including body dissatisfaction and pursuit of thinness, and general psychopathology, as depressive symptoms, anxiety and stress. In order to understand whether differences existed between the general population and the institutionalized population, we decided to compare the two populations: the student population (n = 92), collected in primary schools and secondary institutionalized population (n = 90), collected in institutions temporary reception. Thus, we intend to study the impact of these variables on the development of psychopathology and whether this impact is higher in institutionalized population. The results suggest to us that the presentation perfectionist self, social comparison, the variables associated with body image (body mass index, the discrepancy between body mass index, real and ideal) and self critical judgment contribute to the development of psychopathology. In addition, the results also points to the existence of a partial mediating effect of body dissatisfaction in the relationship between shame and internal demand of thinness, there is a mediation total self critical judgment on the relationship between social comparison with friends and the pursuit of thinness.

Keywords: Institutionalized children; social comparison; internal shame; external shame; self criticism; self presentation perfectionist; self compassion; general psychopathology; eating disorder

Agradecimentos

Aos meus pais, José e Fátima, pelos vastos momentos de paciência com que sempre me ouviram...

À minha irmã, Filipa, por toda a calma, força e tranquilidade que me transmite...

Ao Daniel, pelas muitas ausências tão bem compreendidas, pela dedicação, pelo carinho, pela ternura, mas sobretudo pela coragem que me foi dando...

À Andreia M., à Cindy, ao Henrique, à Cristiana, à Mariana e à Andreia pelos risos, pelas lágrimas, pela cumplicidade e por serem as pessoas que levo comigo...

À Prof.^a Doutora Cláudia Ferreira, pelo apoio que me foi fornecendo ao longo deste ano...

A todas as meninas que fazem parte deste estudo, pois sem elas nada disto teria sido possível...

A todos aqueles que não estão aqui mencionados mas que contribuíram para a realização desta tese e para o meu enriquecimento académico, pessoal e profissional...

*“Não se pode aprender muito
e ao mesmo tempo ficar descansado*

*Não se pode aprender muito
e deixar os outros ficarem descansados”*

Charles Fort

Índice

I - Introdução.....	1
II - Enquadramento conceptual.....	2
Vinculação	2
Regulação emocional.....	3
Ranking Social.....	6
Vergonha	7
Auto apresentação perfeccionista.....	10
Auto criticismo	12
Auto compaixão	14
III - Objetivos.....	15
IV - Metodologia	16
Caracterização da amostra	16
Instrumentos.....	16
Procedimento	19
V- Resultados.....	20
1. Estudo I: Diferenças entre adolescentes institucionalizados e estudantes da população geral nas variáveis em estudo	20
a) Diferenças nas variáveis em estudo.....	20
b) Diferenças nas dimensões que traduzem sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, nas duas amostras	22
2. Estudo II: Relação entre as variáveis em estudo e as medidas de psicopatologia alimentar e psicopatologia geral	23
a) Estudo da relação entre medidas de comparação social, psicopatologia alimentar e psicopatologia geral	23
b) Estudo da relação entre medidas de vergonha, psicopatologia alimentar e psicopatologia geral	23
c) Estudo da relação entre a Auto Apresentação Perfeccionista, Eu Inadequado e Eu Detestado, Auto Julgamento e psicopatologia alimentar e geral.	24
d) Estudo da relação entre a sub-escala Eu Tranquilizador e a Auto Compaixão, com a psicopatologia alimentar e geral	24
e) Estudo da relação entre o IMC, a discrepância entre o peso real e o peso ideal com a psicopatologia alimentar e geral	25
3. Modelos de regressão para explicar a procura da magreza	27
3.1 Estudo das variáveis preditoras da procura da magreza, na população estudante	27
3.2 Estudo das variáveis preditoras da procura da magreza, na população institucionalizada.....	28

4. Efeito mediador da Insatisfação Corporal (VM) na relação entre a Vergonha Interna (VI) e a Procura da Magreza (VD) na população institucionalizada	29
5. Efeito mediador do auto julgamento crítico (VM) na relação entre a comparação social através da aparência física (com amigas, VI) e a procura da magreza (VD) na população institucionalizada	30
VI- Discussão.....	31
1. Estudo I. Estudo comparativo das diferenças entre adolescentes não institucionalizadas e adolescentes institucionalizadas	31
2. Estudo II. Estudo da relação entre as variáveis em estudo e as medidas de psicopatologia alimentar e psicopatologia geral	33
a) Estudo da relação entre medidas de comparação social, psicopatologia alimentar e psicopatologia geral	33
b) Estudo da relação entre medidas de vergonha (interna e externa) com a psicopatologia alimentar e geral	33
c) Estudo da relação entre a auto apresentação perfeccionista, eu inadequado e eu detestado, auto julgamento e a psicopatologia alimentar e geral	35
d) Estudo da relação entre a sub-escala eu tranquilizador e a auto compaixão com a psicopatologia alimentar e geral	37
e) Estudo da relação entre o IMC, a discrepância entre o peso real e o peso ideal com a psicopatologia alimentar e geral	37
3. Modelos de regressão para explicar a procura da magreza	38
a) Estudo das variáveis preditoras da procura da magreza na população estudante	38
b) Estudo das variáveis preditoras da procura da magreza na população institucionalizada.....	38
4. Insatisfação corporal como fator mediador da relação entre a vergonha interna e a procura da magreza	39
5. Auto julgamento crítico como fator mediador da relação entre a comparação social através da aparência física (com amigas) e a procura da magreza	39
VII - Conclusão	41
VIII - Bibliografia	42
Anexos	49

I - Introdução

As instituições de acolhimento são, hoje em dia, uma realidade em Portugal, sendo que existem 9561¹ crianças e jovens em situação de acolhimento temporário. O caminho destas crianças até chegarem a uma instituição de acolhimento, reveste-se na maioria das vezes por maus tratos, quer físicos, quer psicológicos, negligência, abandono ou mesmo exposição a comportamentos de risco, desde violência e consumo de substâncias. Desta forma, temos que o mau trato infantil inclui abuso físico, sexual e emocional, negligência e exposição a violência doméstica e resulta numa rutura da vinculação entre a criança e o cuidador. Uma exposição crónica a violência e situações de abuso pode levar a alterações na estrutura do cérebro. Estas mesmas alterações contribuem para disfunções físicas, emocionais, comportamentais, desenvolvimentais, sociais e cognitivas em adultos que foram vítimas de maus tratos enquanto crianças (Hagele, 2005).

Sabemos que o abuso emocional repetido é o centro dos maus tratos infantis e que esses maus tratos ou negligência parental comprometem o desenvolvimento cognitivo (Trickett & McBride-Chang, 1995, as cited in Schore, 2001). As perturbações psiquiátricas são causadas por uma combinação de uma predisposição genética e ambiental ou stressores psicossociais que ativam a vulnerabilidade neurofisiológica inata. As hormonas maternas regulam a expressão dos genes no cérebro fetal e as mudanças agudas nestas hormonas induzem a mudanças na expressão genética no cérebro fetal que são retidos quando atingem a idade adulta (Dowling, Martz, Leonard & Zoeller, 2000, as cited in Schore, 2001).

Os sinais de vinculação estáveis são vitais para o desenvolvimento contínuo neurobiológico da criança, pelo que esta dáde regula as capacidades de coping da criança, o que proporciona uma criança adaptada e, numa fase posterior, um adulto com saúde mental (Schore, 2001). Contudo, nesta população os padrões de vinculação característicos são, na sua maioria, pobres, promovendo vinculações inseguras entre pais e filhos, o que compromete o desenvolvimento de uma boa saúde mental. Neste sentido, um cuidador abusivo mostra menos interação com a criança e induz estados traumáticos de afeto negativo. Como a vinculação é fraca, há pouca proteção contra outros abusos potenciais (Schore, 1996, 1997a, as cited in Schore, 2001).

Os cuidados primários funcionam como um regulador externo psicobiológico do crescimento dependente de experiência do sistema nervoso da criança (Schore, 1994, 1996, 1997a, 2000c, as cited in Schore, 2001). Acontecimentos sociais precoces são impressos nas estruturas neurobiológicas que são maturadas durante o crescimento cerebral dos primeiros dois anos de vida. Os traumas precoces prejudicam o desenvolvimento das capacidades de manutenção das relações interpessoais, o lidar com estímulos stressantes e a regulação emocional (Schore, 1994, 2000b, as cited in Schore, 2001). Assim, os estados traumáticos na infância

¹ Retirado do documento *Lares de Crianças e Jovens - Caracterização e Dinâmicas de Funcionamento*, 2000

desencadeiam alterações psicobiológicas que afetam os estados dependentes da emoção, da cognição e do comportamento. Contudo, como decorrem num período crítico de crescimento da regulação da emoção do sistema límbico, têm um impacto negativo na maturação dependente da experiência dos sistemas estruturais que regulam o stress (Schoore, 2001).

Assim, o abuso infantil e a negligência podem afetar todos os domínios do desenvolvimento, tais como físico, psicológico, cognitivo, comportamental e social. Temos, além destes domínios, a vinculação, em que crianças expostas a abuso e negligência têm uma maior probabilidade de experienciar problemas de vinculação insegura com os seus cuidadores primários (Hildyard & Wolf, 2002; Jordan & Sketchley, 2009; Schoore, 2002; Streeck-Fischer & van der Kolk, 2000, as cited in Lamont, 2010). Para crianças com este tipo de vinculação os cuidadores tornam-se fonte de perigo ou dano, conduzindo a criança a um conflito irresolúvel Hildyard & Wolf, 2002 as cited in Lamont, 2010). Associado à negligência e ao abuso infantil, bem como ao abuso sexual, temos as perturbações alimentares em crianças e adolescentes, como referem Kent & Waller (2000) e Brewerton (2007, as cited in Lamont, 2010) e a psicopatologia geral (Horwitz, Widom, McLaughlin & White, 2001)

Posto isto, e tendo presente que crianças e jovens institucionalizados têm experiências de abuso ou negligência precoces, torna-se pertinente e essencial conhecer, de uma forma mais aprofundada, os mecanismos que se prendem com o desenvolvimento de psicopatologia, quer geral, quer alimentar.

II - Enquadramento conceptual

Vinculação

A teoria da vinculação de Bowlby (1973, as cited in Tasca et al, 2009) tem sido importante para a compreensão da regulação emocional e das relações humanas (Mikulincer & Shaver, 2007). Como vimos, o sistema de vinculação concentra-se em padrões sistemáticos de expectativas interpessoais, emoções e comportamentos que são associados a estratégias específicas de vinculação que contribuem para a regulação emocional (Shaver & Mikulincer, 2002).

Segundo Bowlby (1982), os seres humanos têm um sistema psicobiológico inato – sistema de vinculação comportamental – que os motiva a procurar proximidade com pessoas que os irão proteger – figuras de vinculação. As interações com as figuras de vinculação que estão disponíveis e responsivas promovem um funcionamento ótimo do sistema de vinculação, gera um sentido central de vinculação segura e resulta na formação de modelos de trabalho positivos, que correspondem a representações mentais do eu e dos outros. Quando as figuras de vinculação não são favoráveis, não é obtido um sentido de segurança e são formados modelos de trabalho negativos. Por conseguinte, o sujeito elabora estratégias secundárias para regular a angústia: hiperactivação e desativação do sistema de vinculação. A primeira estratégia refere-se ao esforço intenso para atingir proximidade com

as figuras de vinculação e assegura atenção e suporte. As pessoas que usam esta estratégia são hipersensíveis aos sinais de rejeição ou abandono e estão propensas a ruminar nos défices pessoais e nas ameaças às relações. A desativação refere-se à inibição da tendência de procurar proximidade e à supressão de qualquer ameaça que possa ativar o sistema de vinculação. Por sua vez, as pessoas que usam esta estratégia afastam-se das outras pessoas, experienciam desconforto com a proximidade e suprimem pensamentos e memórias dolorosas.

Assim, os estilos de vinculação são formados durante as interações precoces com os cuidadores primários e o impacto das interações com outros significativos ao longo da vida permite uma atualização de modelos de vinculação do sujeito (Cassidy & Shaver, 1999).

Cicchetti e Toth (1995 as cited in Bradley, 2003) defendem que as crianças maltratadas têm uma vinculação mais insegura do que as crianças que não são maltratadas. O abuso pode interferir com o desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas e com outros aspetos do funcionamento cognitivo (por exemplo, a atenção e o controlo de impulsos). Uma criança com vinculação segura pode expressar emoções negativas e positivas e percebe o cuidador como respondente à sua felicidade e angústia. Contudo, uma criança com vinculação evitante evita expressar sentimentos negativos, sentindo que o cuidador não irá responder à sua angústia. Cada estilo de vinculação é acompanhado por um modelo de trabalho interno que ajuda a criança a esperar o comportamento do cuidador e a desenvolver redes neuronais para guiar o seu comportamento. Como as crianças com uma vinculação segura têm uma consciência de que podem contar com o cuidador para aliviar o stress, criam liberdade para aprender sobre os sentimentos, para experienciar sentimentos e para aprender respostas de coping (Greenberg et al., 1992, as cited in Bradley, 2003). Por outro lado, crianças com uma vinculação evitante estão condicionadas a evitar o afeto negativo, o que pode interferir com a sua experiência e aprendizagem sobre o que sentem. Aprender respostas de coping para controlar as emoções negativas é mais problemático quando não conseguimos expressar e discutir os sentimentos.

Vários estudos indicam que as crianças que são tratadas de forma pobre na aparência física podem ser mais vulneráveis a desenvolver insatisfação e vergonha corporal (Gilbert e Thompson, 2002). Vários estudos têm encontrado informação consistente: a crítica e a vergonha parental têm sido associadas à vulnerabilidade e à psicopatologia (Gilbert e Gerlsma, 1999; Gilbert, Allan e Goss, 1996, as cited in Gilbert & Thompson, 2002). Num estudo elaborado por Tasca, Ritchie, Conrad, Balfour, Gayton, Daigle, & Bissada, 2006), ficou demonstrado que uma vinculação insegura em mulheres com perturbações do comportamento alimentar está diretamente relacionada com a insatisfação corporal e com o afeto negativo.

Regulação emocional

Wei, Vogel, Ku e Zakalik (2005) encontraram como fator mediador entre as dimensões da vinculação e o humor negativo, a regulação emocional. A regulação emocional pode ter um papel importante na

expressão de atitudes e comportamentos das perturbações alimentares (Tasca, Szadkowski, Illing, Trinneer, Grenon, Demidenko, Krysanski, Balfour, & Bissada, 2009). Thompson (1994) define-a como o processo pelo qual os indivíduos dão atenção às suas emoções, controlam a intensidade e duração da ativação emocional e transformam a natureza e significado dos sentimentos quando estão perante situações stressantes e angustiantes.

Thompson, Flood e Lundquist (1995, as cited in Sloman, Atkinson, Milligan, Liotti 2002) adotaram como definição da regulação emocional, um processo intrínseco e extrínseco responsável pela monitorização, avaliação e modificação das reações emocionais. Por outras palavras, a regulação emocional inclui lidar com níveis elevados de emoções negativas; inclui estratégias aplicadas pelo indivíduo e a modulação de estados emocionais pelos outros; a avaliação de estados emocionais do sujeito é central para a regulação emocional e a sua avaliação está intimamente vinculada com os objetivos do sujeito numa determinada situação; por fim, a regulação emocional altera a intensidade e o tempo de emoção experienciada em vez do carácter descritivo da emoção.

As estratégias de regulação emocional desenvolvem-se como um modo imediato de lidar com o meio ambiente (Wei et al., 2005). Tanto a hiperativação como a desativação emocional podem ser adaptativas numa fase inicial, contudo, o uso prolongado e rígido pode dar origem aos sintomas de perturbações alimentares e depressivos. Deste modo, o uso continuado da reatividade emocional poderá resultar em conflitos interpessoais e possíveis perdas de relações que reforçam a necessidade original de hiperativar o sistema de vinculação. A desativação emocional pode resultar em solidão e reduz os suportes sociais. Estas estratégias de regulação emocional deixam o sujeito mais vulnerável aos sintomas depressivos.

Para Bowlby, a criança interpreta e cria novas experiências com base nas experiências de proximidade emocional que estabeleceu nas suas primeiras relações. Egeland & Carlson (2004 as cited in Dias, 2007) afirmam que as perturbações nas relações precoces podem funcionar como uma base de perturbação nos processos desenvolvimentais que podem conduzir à psicopatologia. A habilidade para regular a emoção é adquirida nas interações precoces entre a criança e os cuidadores primários. É através do calor dos seus pais que a criança tem o seu sistema de calor/afiliação ativado nas relações interpessoais (Trevarthen e Aitken, 2001). Este sistema pode estar disponível com várias memórias e procedimentos implícitos para usar nas relações positivas e para auto-regulação nas situações stressantes. As pessoas podem/conseguem lidar melhor com as falhas se tiverem acesso a um esquema de suporte caloroso do eu e dos outros (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006). Desde cedo, que as experiências precoces têm um papel preponderante no desenvolvimento de psicopatologia, como foi demonstrando por Gullone, Ollendick & King (2006) ao evidenciarem uma relação entre a vinculação insegura e o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Para uma criança com uma relação segura com o cuidador e que vive numa família estável e cuidadora, responsiva às necessidades da criança, o processo de aprendizagem de regulação emocional é harmonioso (Bradley, 2003). Estas crianças aprendem que o ambiente é responsivo às

suas angústias. Tanto a expressão de afeto negativo como positivo são confortáveis para a criança, bem como uma variedade de estratégias de coping. Estas características contribuem para uma elevada probabilidade de interações positivas com a família e com outras relações, incluindo os pares do meio escolar. Quando se torna adulta, desenvolve um modelo interno do eu como competente e do meio como de suporte. As emoções negativas são experienciadas como desagradáveis mas toleráveis. Por oposição, uma criança exposta a cuidadores hostis que não aceitem a sua angústia, sentir-se-á rejeitada. Este sentimento irá ter repercussões nas interações com o cuidador, resultando numa relação sob tensão permanente. Estas dificuldades na interação prolongam-se para a vida adulta, salientando a importância das experiências precoces adversas para o desenvolvimento de psicopatologia (Bradley, 2003). Deste modo, uma vinculação insegura pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional maladaptativa, que podem conduzir à expressão de sintomas depressivos e de perturbações alimentares. Como exemplo, os pacientes com perturbações alimentares com uma vinculação ansiosa podem experienciar desregulação emocional que pode resultar em sintomas como comportamentos purgativos (Tasca et al, 2009).

As crianças, quando estão em situações de potencial ameaça, perigo, doença ou angústia, podem experienciar ativação física e emocional, excedendo o nível que conseguem controlar (Sroufe, 1989a, 1989b, 1991, 1996, as cited in Sloman et al, 2002). Quando as crianças preveem que as figuras de vinculação vão dar respostas que não são contingentes ou não são sensíveis, há uma ativação dos comportamentos de vinculação que pode não ser suficiente e, por isso, desenvolvem estratégias para manter a sensação de segurança através de esforços para modificar a expressão do comportamento e dos sentimentos acerca da vinculação, a fim de minimizar os medos acerca da acessibilidade das figuras de vinculação, maximizando a sensação de segurança (Kobak & Shaver 1987, as cited in Dias, 2007). Por conseguinte, dependem dos cuidadores para responder por forma a restabelecer o equilíbrio emocional (Sroufe, 1989a, 1989b, 1991, 1996, as cited in Sloman et al, 2002). Assim, as crianças aprendem a auto-regular e a desenvolver estratégias para controlar níveis elevados de ativação e a recuperar um estado de organização (Sroufe, 1991, as cited in Sloman et al, 2002). Estes comportamentos de auto-regulação emocional permitem manter a segurança durante situações de perturbação.

Segundo Main (1995, as cited in Bradley, 2003), as crianças aprendem a regular as emoções através de estratégias que promovem a proximidade com o cuidador. Assim, numa relação com vinculação segura, a criança parte do pressuposto que, quer expresse afeto positivo como negativo, o cuidador irá responder aos seus sinais de angústia. Numa relação com vinculação evitante, a criança tem uma representação do cuidador como insensível para as suas próprias necessidades e emoções, pelo que estas crianças não experienciam os seus cuidadores como interessados ou disponíveis para aliviar as suas angústias. De um modo geral, o sistema de vinculação representa um dos papéis cruciais no desenvolvimento da regulação emocional e os indivíduos com vinculação insegura têm uma elevada probabilidade de experienciar ativação prolongada sob condições de stress.

Este tipo de vinculação funciona ainda como um fator de vulnerabilidade que pode interferir com o desenvolvimento de uma regulação emocional ótima e predispondo para o desenvolvimento de psicopatologia.

Ranking Social

Gilbert, Price e Allan (1995) sugerem que a habilidade para comparar o eu aos outros é filogeneticamente muito antiga, biologicamente poderosa e é reconhecível em muitas espécies. A comparação social (ou ranking social) pode ser descrita em termos de auto conceito em que pode ser chamada de detentora de recursos potenciais (Parker, 1974, 1984, as cited in Gilbert, Price e Allan, 1995), que é um processo de intervenção que permite uma estimativa da capacidade de lutar e a probabilidade de fazer um desafio bem sucedido contra outros desafiadores. O sujeito pode avaliar-se como mais poderoso do que o rival, adotando comportamentos de ameaça ou ataque ou avaliar-se como menos poderoso em que adota comportamentos de fuga ou submissão (Price, 1988, as cited in Gilbert, Price e Allan, 1995).

Os sujeitos com sintomas de perturbação alimentar envolvem-se mais frequentemente em comparações sociais mais desvantajosas (Trampe, Stapel & Siero, 2007; Coring, Krumm & Smitham, 2006; Stormer & Thompson, 1996, as cited in Blechert, Nickert, Caffier, Tuschen-Caffier, 2009).

Pacientes com perturbações alimentares têm auto esquemas negativos mais acessíveis em relação à sua imagem corporal, que guiam o processamento da informação para informação consistente com o esquema. Os comportamentos submissos têm sido relatados por pacientes com perturbações alimentares (Troop, Allan, Treasure & Katzman, 2003).

A psicopatologia, como a depressão, pode aparecer quando as necessidades básicas para o desenvolvimento do indivíduo não são fornecidas pelo meio físico e social. Duas destas necessidades básicas são a necessidade de ranking e a necessidade de vinculação (Stevens & Price, 2000, as cited in Puissant, Gauthier & Oirbeek, 2011). A teoria do ranking social foca-se nas relações (comportamentos dominantes ou submissos) e nos julgamentos de uma posição relativa (inferioridade ou incompetência). Esta teoria propõe que os sintomas depressivos são uma resposta para perder ranking e para uma conceção do eu como um perdedor. A depressão ocorre quando uma pessoa começa a ver-se como desesperada e quando se sente que o grupo estaria melhor sem ela (Stevens & Price, 2000, as cited in Puissant, Gauthier & Oirbeek, 2011). Um baixo ranking social manifesta-se com sentimentos de inferioridade e subordinação aos outros. O ranking social consiste em duas dimensões: a dimensão cognitiva caracterizada pela comparação social (perceções de superioridade ou inferioridade pessoal) e a dimensão comportamental caracterizada pelo comportamento submisso (inibição em situações de desafio ou conflito) (Gilbert & Allan, 1994, as cited in Puissant, Gauthier & Oirbeek, 2011). Os adolescentes são extremamente sensíveis à comparação social e à sua perceção do ranking social na relação com os seus pares (Puissant, Gauthier & Oirbeek, 2011).

Uma falha nos sistemas de vinculação e de ranking social está relacionada com a presença de depressão. Ao contrário, um indivíduo que tem uma vinculação segura, significando que beneficia de um bom suporte e

conforto de uma figura de vinculação, irá desenvolver sentimentos de valorização desde que a qualidade de vinculação apareça relacionada com a forma como nos julgamos (Wilkinson, 2004, as cited in Puissant, Gauthier & Oirbeek, 2011). Assim, os indivíduos com uma vinculação insegura podem interpretar acontecimentos interpessoais negativos em termos de incompetência pessoal que podem, por sua vez, contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Margolese, Markiwicz & Doyle, 2005; Sund & Wichstrom, 2002, as cited in Puissant, Gauthier & Oirbeek, 2011).

Irons e Gilbert (2005, as cited in Puissant, Gauthier & Oirbeek, 2011) concluíram que uma vinculação segura aos pares encontra-se positivamente relacionada com uma comparação social positiva e negativamente com sintomas depressivos e ansiosos. Desta forma, a vinculação segura está relacionada com um ranking social positivo e a vinculação insegura com um sentimento de inferioridade e com a presença de comportamentos submissos, ou seja, quanto mais um adolescente se sentir inferior na relação com o seu grupo, mais probabilidade terá de desenvolver sintomas depressivos.

Uma comparação social desfavorável e uma grande tendência para o comportamento submisso estão fortemente associados a altos níveis de psicopatologia afetiva (Allan & Gilbert, 1995; Allan & Gilbert, 1997, as cited in Connan, Troop, Landau, Campbell & Treasure, 2007) e alimentar (Troop & Baker, 2008).

Vergonha

A vergonha é uma emoção da comparação social (Gilbert, 1992; Lazarus, 1999, as cited in Troop, Allan, Serpall, & Treasure, 2008) e está associada ao medo ou à antecipação de causar repulsa ou aversão no outro (Gilbert, 1992; Miller, 1997; Power & Dagleish, 1997, as cited in Troop, Allan, Serpall, & Treasure, 2008). Podemos caracterizá-la por vários componentes (Gilbert, 2002): *Componente cognitivo social ou externo*: associado a pensamentos automáticos em que os outros veem o eu como inferior, mau, inadequado e falhado; *Componente autoavaliativo interno*: a vergonha está associada a pensamentos automáticos negativos sobre o eu, muitos dos pensamentos autocríticos estão na essência da autoavaliação e dos pensamentos de vergonha interna; *Componente emocional*: as emoções e os sentimentos recrutados na vergonha incluem ansiedade, raiva, desgosto no eu e autodesprezo; *Componente comportamental*: a vergonha está associada a comportamentos defensivos como não ser visto, evitar exposição, esconder ou fugir (Lewis, 1992; Tangney, 1995); *Componente fisiológico*: a vergonha está associada a respostas de stress, podendo envolver atividade parassimpática elevada (Schore, 1994, 1998).

Gilbert (1998) distinguiu 2 tipos de vergonha: interna, sentir-se envergonhado; e externa, a vivência de estar envergonhado. A vergonha externa corresponde a pensamentos e sentimentos em que os outros veem o eu negativamente com sentimentos de raiva e/ou o eu é visto como tendo características que o tornam atrativo e vulnerável aos ataques dos outros, isto é, refere-se ao modo como vemos/pensamos que os outros nos veem a nós próprios (Allan et al, 1994; Goss et al, 1994, as cited in Gilbert, 2000). Por

outras palavras, a vergonha externa é a classe de sentimentos associados a coisas que pensamos que os outros veem como mau, fraco, inadequado, nojento no eu, que pode resultar em rejeição, ataques ou perda de atração aos olhos dos outros (Gilbert, 1997 as cited in Gilbert, 2002). A vergonha interna relaciona-se com o desenvolvimento da auto-consciência e como existimos para os outros (Lewis, 1992 as cited in Gilbert, & Procter, 2006). O foco da atenção está no eu, na atenção auto-dirigida, no sentimento e avaliação do eu como inadequado, falhado ou mau (Gilbert e Procter, 2006), e relaciona-se com cognições e afetos que a pessoa tem sobre os seus próprios atributos, características da personalidade ou comportamentos. Está, por isso, associada à auto-avaliação negativa (Gilbert, 2000). A vergonha interna encontra-se à volta da auto-avaliação/auto-desvalorização e a pessoa sente-se má, indesejada, fraca, inadequada ou nojenta (Gilbert, 1998). Somos mais vulneráveis à vergonha interna quando as nossas necessidades sociais para o amor, afiliação, pertença e estado estão ameaçados (Gilbert, 2002). A vergonha interna é como o próprio vê as suas experiências e o próprio eu (Gilbert, 2002).

A vergonha interna e externa podem ser fundidas ou seja, num episódio de vergonha, a pessoa experiencia o mundo exterior contra ela e a sua auto-avaliação e sentido do eu também se torna crítico (Gilbert e Procter, 2006).

Os humanos tentam criar frequentemente papéis vantajosos, tentando estimular sentimentos positivos na mente dos outros sobre eles próprios (Gilbert, 2000). Quando nos referimos à atração social, as pessoas têm que tentar controlar as situações de que sentem vergonha, as suas emoções e os seus próprios comportamentos defensivos (Gilbert, 2002). A vergonha do corpo está relacionada com o focus excessivo e com uma verificação constante na aparência, mesmo na ausência de qualquer desfiguração corporal (Veale, 2002, as cited in Gilbert, 2002). A vergonha está ainda associada à perceção de que o próprio tem atributos pessoais ou características de personalidade que os outros vão achar pouco atrativos e resultar em rejeição (Kaufman, 1989; Tangney e Fischer, 1995; Gilbert, 1998). Nestas situações, perante falhas e defeitos, o eu ataca, acusa e condena-se a ele próprio. Respondemos aos nossos próprios ataques e críticas com os mesmos sistemas de resposta que usamos para os ataques externos – usando a mentalidade de competição social, dominância-subordinação (Gilbert, 2005). Gilbert (2000) refere que as mentalidades sociais guiam as pessoas a procurar criar certos tipos de papéis com os outros (as crianças procuram proteção dos pais, os adultos procuram pessoas para amizade, etc), guiam-nos nas suas interpretações dos papéis sociais dos outros e orientam as suas respostas afetivas e comportamentais (se alguém é simpático, agimos de forma amigável; se alguém é hostil, atacamos ou evitamos). As mentalidades sociais podem ser usadas numa relação eu-eu: podemos tornar submissos e desencorajados pelos nossos próprios ataques, usando o mesmo sistema de afeto/resposta para os nossos próprios ataques, como usamos quando os outros nos põem para baixo (Gilbert, 2000).

Experiências precoces de ser envergonhado são fatores de risco para o desenvolvimento de um sentido de si, mesmo como um falhado (Gilbert,

1998; Lewis 1987; Nathanson, 1994, as cited in Gilbert & Thompson, 2002). As teorias desenvolvimentais implicam criticismo parental como contributo para a ansiedade e medo da avaliação negativa e crenças de que os outros veem o eu como pouco atrativo (Gilbert e Thompson, 2002). Aquando das mudanças corporais, as raparigas recebem e processam o feedback do meio que ajuda a moldar a imagem e os sentimentos que têm sobre os seus corpos (Daniluk, 1998, as cited in Gilbert & Thompson, 2002). Quando o feedback é positivo, cresce um sentido de confiança e bem-estar emocional. Quando a maior parte do feedback ambiental é negativo há ansiedade e vergonha sobre a sua aparência como comparada com o ideal social (McKinley, 1998, 1999, as cited in Gilbert & Thompson, 2002).

A vergonha corporal pode ser ligada a uma série de psicopatologias incluindo perturbações alimentares, ansiedade social e perturbação do humor (Gilbert, 2002). A vergonha corporal envolve um estado de auto-consciência e embaraço evocado quando os indivíduos veem a sua forma corporal ou aparência como uma pequena queda da representação da sociedade do ideal (McKinley, 1998, 1999, as cited in Gilbert & Thompson, 2002), podendo ter um papel no desenvolvimento do descontentamento corporal e na patologia alimentar (Goss e Gilbert, 2002, as cited in Gilbert & Thompson, 2002).

Gilbert (1998) notou que quando sentimos vergonha há uma crença em que estimulamos sentimentos negativos na mente dos outros e como consequência, eles não vão querer estabelecer uma relação conosco - rejeição. Quando a vergonha está internalizada (vergonha interna), os sujeitos podem ter avaliações semelhantes em relação a partes deles mesmo. A vergonha está ligada ao medo da exposição que irá resultar nalguma forma de rejeição social (Lewis, 1992), e por isso pode aparecer quando sentimos que estamos a falhar na extração de afetos positivos nos outros. Precisamos de saber se somos atrativos para os outros (Gilbert, 2001). A capacidade para internalizar a vergonha começa precocemente na vida enquanto crianças, em que se aprende como o seu comportamento e características são julgadas pelos outros (Gilbert, 2002) e continua ao longo da vida.

Os sintomas anoréxicos/restritivos podem estar relacionadas com um ciclo de vergonha-orgulho, em que sentimentos de vergonha interna e externa poderão levar à restrição e, a consequente perda de peso conduz a sentimentos de orgulho. Desta forma, desenvolve-se este ciclo onde a vergonha reforça negativamente e o orgulho reforça positivamente a perda de peso. Num sentido oposto, as mulheres com bulimia nervosa funcionam com base num ciclo vergonha-vergonha, em que os sentimentos de vergonha propiciam o uso de comida para regulação emocional, mas tanto a ingestão compulsiva como o comportamento compensatório subsequente prolongam os sentimentos de vergonha e reforçam as tentativas de regulação emocional (Goss & Gilbert, 2002).

São vários os estudos que comprovam a ligação entre a vergonha e a psicopatologia alimentar (Gee & Troop, 2003; Murray, Waller, & Legg, 2000; Sanftner, Barlow, Marschall, & Tangney, 1995, as cited in Troop, Allan, Serpall, & Treasure, 2008). Segundo Frank (1991, as cited in Troop, Allan, Serpall, & Treasure, 2008), a culpa e a vergonha são mais frequentemente experienciadas por mulheres com perturbações alimentares do que por mulheres com depressão. Na mesma linha, Masheb e Brondolo

(1999, as cited in Troop, Allan, Serpall, & Treasure, 2008) referem que pacientes com perturbações alimentares têm níveis mais altos de vergonha do que mulheres sem perturbação.

Auto apresentação perfeccionista

O perfeccionismo é um construto multidimensional (Hewitt e Flett, 1991a; Hewitt e Flett, 1991b; Frost, Martin, Lahart e Rosenblate, 1990), que incorpora traços interpessoais e relacionados com o eu, e componentes de auto apresentação (Hewitt, Flett e Fairlie, 1994, as cited in Hewitt, Flett, Ediger, 1995). Está ainda subjacente a dois factores: 1) estabelecimento e esforço por padrões pessoais e 2) esforço para evitar as críticas (Dunkley, Zuroff e Blankstein, 2006). É caracterizado com elevados padrões pessoais e baixa tolerância aos erros, natureza altamente crítica (Frost et al, 1990; Hewitt e Flett, 1991a), capacidade de organização, preocupações exageradas com erros e ênfase na ordem (Patcht, 1984).

O componente intrapessoal é conhecido como o perfeccionismo auto-orientado que envolve expectativas de perfeição, é auto-direccionado e envolve o estabelecimento de altos padrões, esforço para atingir esses mesmos padrões e o pensamento “tudo ou nada” (Hewitt e Flett, 1991b). Os componentes interpessoais envolvem o perfeccionismo orientado para os outros, que envolve imposição de expectativas de perfeição nos outros em que estabelecem altos padrões para os outros, julgam o comportamento dos outros e têm elevadas expectativas para eles, neste tipo de orientação não há relação com a depressão, uma vez que não está focada nas próprias falhas, mas nos defeitos dos outros (Hewitt e Flett, 1991b, 1993); e o perfeccionismo socialmente prescrito, que envolve a percepção de que os outros estão a impôr expectativas de perfeição no próprio (Hewitt e Flett, 1991a, 1991b, 1993). Estas pessoas acreditam que os outros esperam padrões excessivamente elevados deles (Hewitt e Flett, 1991b). Está associado com a depressão (Hewitt e Flett, 1991b, 1993) e com o auto criticismo (Dunkley e Blankstein, 2000; Wyatt e Gilbert, 1998).

Existe, ainda, uma outra distinção entre o perfeccionismo adaptativo e o perfeccionismo mal adaptativo. O perfeccionismo adaptativo estabelecem-se elevados objetivos mantendo a habilidade para ficar satisfeito com a sua própria performance e o perfeccionismo maladaptativo, em que se estabelecem padrões inatingíveis e está presente uma incapacidade para tirar prazer da sua própria performance e incerteza sobre as suas próprias capacidades (Hamachek, 1978, as cited in Maia, Soares, Gomes, Marques, Pereira, Cabral, Valente, Bos, Pato, Pocinho, Azevedo, Macedo, 2009). Este tipo de perfeccionismo está associado a preocupações excessivas sobre a possibilidade de cometer erros e são vários os estudos que referem que está associado a dificuldades psicopatológicas como depressão, stress, preocupação, desesperança, bem como perturbações alimentares (Axtell & Newton, 1993; Chang, 2000; Chang & Rand, 2000; Preusser, Rice & Ashby, 1994; Rice, Ashby & Slaney, 1998; Rogers & Petrie, 1996, as cited in Rice & Lapsley, 2001).

Hewitt, Flett, Ediger, Fairlie & Strein (2003) descreveram um componente do perfeccionismo que é visto como relevante para especificar

tipos de psicopatologia e uma variedade de questões clínicas. Estes autores sugerem que na vez da necessidade de parecer perfeito, existe um componente importante do perfeccionismo que reflete a expressão interpessoal da própria perfeição – a necessidade de parecer perfeito aos outros, ou auto apresentação perfeccionista.

Se, por um lado, o traço perfeccionista reflecte uma necessidade para *ser* perfeito, por outro a auto apresentação perfeccionista reflecte uma necessidade para *parecer* perfeito (Hewitt, Flett, Ediger, Fairlie, Strein, 2003). Isto é, apesar das pessoas com um traço perfeccionista sentirem mesmo que têm que ser perfeitas, as pessoas com uma auto apresentação perfeccionista sabem que não são perfeitas, mas apesar de tudo têm que parecer perfeitas aos olhos dos outros. Este estilo perfeccionista acaba por ser uma forma mal-adaptativa de auto apresentação (Bem, 1972, as cited in Hewitt, Flett, Ediger, Fairlie, Strein, 2003).

As diferenças individuais na auto apresentação perfeccionista correspondem à necessidade de parecer perfeitos (tentar impressionar os outros com exposição de habilidades perfeitas, competência e ganhar admiração e respeito; à necessidade de evitar parecerem imperfeitos (evitar situações onde o seu comportamento será alvo de escrutínio pelos outros e onde as deficiências pessoais, os erros, as incapacidades ou falhas possam ser revelados e à necessidade de evitar revelar imperfeição (evitar situações que envolvam admitir ou discutir as suas deficiências percebidas (Hewitt, Flett, Ediger, Fairlie, Strein, 2003).

As dimensões do perfeccionismo podem ser relevantes para os sintomas das perturbações alimentares, no sentido em que os indivíduos podem querer eles próprios encontrar o corpo ideal ou padrões de peso que derivam deles próprios ou dos outros (Hewitt, Flett e Ediger, 1995). No estudo destes autores, fortes necessidades para apresentar aos outros uma imagem de perfeição ou evitar revelar imperfeição no eu está relacionada com tendências anoréticas e bulímicas e com preocupação sobre reações sociais ou avaliações da própria aparência. Ainda neste estudo, evidenciou-se uma relação entre o perfeccionismo auto-orientado e o evitamento da imagem corporal. Numa amostra não clínica, a preocupação com evitar a própria imagem corporal pode estar associada com a necessidade de parecer perfeita aos outros. Os resultados encontrados no estudo de Macedo, Soares, Azevedo, Gomes, Pereira, Maia & Pato (2007) vão também de encontro ao supramencionado: o perfeccionismo constitui um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção de perturbações alimentares.

Pessoas que têm uma perturbação alimentar experienciam frequentemente perfeccionismo, baixa auto-estima, ansiedade e depressão (Dancyger e Garfinkel, 1995). As pessoas que exibem sintomas de perturbação alimentar têm mais comportamentos perfeccionistas do que os sujeitos que não têm perturbação alimentar (Ashby, Kottman e Schoen, 1998; Hewitt, Flett e Ediger, 1995).

Há conceções sobre o desenvolvimento das perturbações alimentares em que se enfatizam fatores sociais, incluindo expectativas parentais irrealistas, sensibilidade extrema às expectativas percebidas dos outros e incorporação de ideias culturais de magreza (Garner, Olmsted, Polivy & Garfinkel, 1984; Heatherton e Baumeister, 1991). Deste modo, o

perfeccionismo socialmente prescrito pode ser particularmente relevante para os sintomas das perturbações alimentares.

Auto criticismo

O auto criticismo é o modo como as pessoas se relacionam consigo mesmas perante situações de falha e desapontamento pessoal, adotando uma atitude dura, crítica e punitiva para com a própria condição (Gilbert, 2005b). Crianças envergonhadas pelos pais podem ser vulneráveis ao desenvolvimento do auto criticismo pela internalização das críticas (Sachs-Ericsson, Verona, Joiner, Preacher, 2006).

Segundo Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons (2004), o auto criticismo pode ser caracterizado com base em formas (Eu inadequado: autocrítica baseada em erros e inadequações do eu e um sentimento de merecimento das críticas. Deste modo, o sujeito sente-se inferiorizado pelos próprios pensamentos críticos, não conseguindo aceitar os fracassos, desapontando-se consigo mesmo; Eu tranquilizador: compreensão pela condição e encorajamento para o futuro. Nesta forma, o eu tem capacidade de recordar os aspetos positivos do eu, de continuar a gostar e a cuidar de si próprio, mesmo perante situações de embaraço; Eu detestado: auto-punição e sentimentos de ódio e repugnância pelo eu, desejo de insultar e maltratar o eu) e funções (Auto-correcção : aperfeiçoamento do eu para evitar erros e embaraços futuros e para manter padrões de desempenho; Auto-ataque: desejo de vingança, castigos ao próprio eu, atacando a parte de si que detesta e rejeita (é a mais patogénica)).

Como é que o auto criticismo se desenvolve? Segundo Blatt e Homann (1992, as cited in Thompson & Zuroff, 1999), o auto criticismo é o resultado de experiências precoces na infância. Segundo Blatt e Homann (1992, as cited in Thompson & Zuroff, 1999), os pais que demonstram pouco calor parental são mais prováveis de ter crianças que desenvolvam altos níveis de auto criticismo. A perceção parental negativa não causa diretamente o desenvolvimento do auto criticismo, mas exerce a sua influência através do afeto negativo e comportamento que os pais subsequentemente mostram às suas crianças (Bugenthal, 1992, as cited in Thompson & Zuroff, 1999). Estas perceções parentais negativas levam a comportamentos de cuidados parentais frios que por sua vez levam à vinculação insegura por parte da criança. É a vinculação insegura que, por sua vez, pode levar ao desenvolvimento do auto criticismo (Blatt e Homann, 1992, as cited in Thompson & Zuroff, 1999).

Thompson e Zuroff (1999) pretendiam investigar um modelo de desenvolvimento do auto criticismo que integra atributos parentais e vinculação das crianças como fatores que levam ao desenvolvimento desse mesmo auto criticismo. Do seu estudo resultou que, o auto criticismo está associado a uma maior vulnerabilidade a problemas psicológicos, relações interpessoais perturbadas e auto-conceito pobre. Outros estudos demonstram ainda que o auto criticismo está associado a vinculação insegura (Fichman et al, 1994, as cited in Thompson & Zuroff, 1999), e que, por sua vez é a visão distorcida do eu e dos outros que caracteriza este tipo de vinculação (Blatt e Homann, 1992, as cited in Thompson & Zuroff, 1999). Posto isto, a

vinculação insegura é uma causa próxima da personalidade auto-crítica (Thompson & Zuroff, 1999).

As mães que se comportam de uma forma fria têm maior probabilidade de terem filhos com uma vinculação insegura. Se as mães são excessivamente punitivas ou distantes das suas filhas, estas têm maior probabilidade de serem desconfiadas em relação às suas mães (Thompson & Zuroff, 1999). As ameaças e os ataques são, segundo os pais, para regular o comportamento da criança (“se não fizeres os trabalhos de casa não vês televisão”). Da mesma forma, quando as pessoas internalizam esta forma de auto-regulação (dominante-subordinado) defendem que o auto-ataque e a punição são formas de corrigir o comportamento, por forma a evitar cometer erros (tal como os seus pais fizeram) (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004). A internalização de um conjunto específico de experiências precoces na relação com as figuras cuidadoras dá origem a um padrão de expectativas, emoções e comportamentos relacionais que perduram ao longo da vida e podem ditar o modo como a pessoa se relaciona consigo próprio (Amaral, Castilho, Pinto-Gouveia, 2010).

Exposições precoces a ameaças em forma de abuso, negligência e expectativas parentais irrealistas são conhecidas por estarem associadas a vulnerabilidades e a dificuldades na saúde mental e podem-se traduzir em formas de auto-desvalorização, auto-condenação e auto-crítica (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004; Schore, 1994). Por outro lado, calor, amor e afeto têm sido associados a boa saúde mental e facilita a auto-aceitação e as habilidades de auto-cuidado (Schore, 1994).

Uma criança que é repetidamente criticada, envergonhada ou rejeitada, aprende um esquema relacional em que os outros são poderosos, dominantes e a própria criança está num papel subordinado aos seus ataques e rejeições (Gilbert, 2005a; Gilbert e Irons, 2005, as cited in Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006). Crianças que foram submetidas a ameaças e negligência podem tornar-se mais sensíveis a sinais de ameaça, focadas em questões de poder social e suscetíveis de internalizar um estilo cognitivo auto-crítico (Gilbert e Irons, 2005, as cited in Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010). Estas crianças com vinculação insegura poderão ainda desenvolver um modelo de trabalho interno do próprio como não funcional e dos outros como duvidoso/incerto, representações mentais que podem facilmente culminar em auto criticismo. Tanto as variáveis materiais como o temperamento da criança pode influenciar o desenvolvimento da personalidade auto-crítica (Thompson & Zuroff, 1999). O desencorajamento parental do comportamento afirmativo da criança bem como a negação da autonomia psicológica associa-se ao auto criticismo (Cheing e Furnham, 2003, as cited in Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010). A aceitação condicional, a frieza, a negligência e a avaliação excessivamente contingente e negativa por parte dos pais podem também encorajar o desenvolvimento do auto criticismo (Thompson e Zuroff, 1999).

No estudo de Thompson & Zuroff (1999), tal como no de Blatt e Homann (1992, as cited in Thompson & Zuroff, 1999), ficou demonstrado que as relações com os pais e o comportamento parental são importantes no desenvolvimento do auto criticismo, pois os pais de adolescentes altamente auto críticas relatam que eles próprios também se comportavam dessa forma.

Adultos auto-críticos lembram os seus pais como sendo frios e exigentes (McCranie and Bass, 1984, as cited in Thompson e Zuroff, 1999), o que está de acordo com Thompson e Zuroff (1999) quando referem que adultos com vinculação insegura e auto-críticos são o resultado de uma vinculação insegura estabelecida enquanto crianças.

Segundo Gilbert (1992, as cited in Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010), a falta de amor pode deixar-nos infelizes e inseguros, mas o stress da rejeição, a hostilidade e o medo presentes no início da vida, sobreestimula a tendência para experienciar stress e aumentar a vulnerabilidade à psicopatologia, nomeadamente a psicopatologia alimentar (Steiger et al, 1991, as cited in Thompson e Zuroff, 1999).

Auto compaixão

A compaixão consiste num processo que sustenta a construção de relações pró-sociais com os outros, com base no comportamento de ajuda, na solidariedade e no altruísmo e tem um grande potencial para tratar a nossa mente e corpo. Envolve estar aberto ao próprio sofrimento e ao dos outros, numa forma não defensiva e tolerante (sem juízos) (Gilbert, 2005a), através da compreensão dos pensamentos e sentimentos dos outros conseguindo colocar-se no lugar do outro (Bierhoff, 2005).

A compaixão emerge de interações complexas entre os motivos para estar preocupado com e melhorar o bem-estar dos outros, e as competências para ser sensível à angústia dos outros com simpatia e compreensão. Ao mesmo tempo deve ser capaz de tolerar angústia nos outros e nele próprio para evitar o controlo excessivo. A compaixão envolve, ainda, habilidades como a gratidão, a generosidade e o perdão. (Gilbert, 2005a).

Neff (2003a, 2003b) vê a compaixão como consistindo em construtos bipolares relacionados com bondade (compreender as dificuldades dos outros e ser bom e caloroso perante as suas falhas em vez de crítico), humanidade comum (ver as experiências dos outros como parte da condição humana) e mindfulness (consciência mindful e aceitação dos pensamentos e sentimentos dolorosos).

Deste modo, a auto compaixão envolve ser gentil para consigo mesmo, ainda que se considerem fracos, lembrando que ser humano significa ser imperfeito e aprender com os próprios erros. A auto compaixão envolve adotar uma abordagem consciente (mindful) para os pensamentos e emoções negativas que reconhece a realidade das falhas pessoais, mantendo-as numa perspetiva equilibrada (Neff e Vonk, 2009).

As habilidades compassivas estão ligadas às competências motivacionais, emocionais e cognitivo-comportamentais para cuidar dos outros e aumentar as hipóteses da sua sobrevivência e prosperidade. Envolve aspetos motivacionais (desejo de cuidar do bem estar dos outros), reconhecimento da angústia (habilidade para detetar a angustia em vez de negar), simpatia/compaixão (estar emocionalmente movida pela angústia), tolerância à angústia (habilidade para tolerar angustia e sentimentos dolorosos nos outros), empatia (habilidades intuitivas e cognitivas para compreender a fonte de stress/angustia), não julgar (habilidade para não criticar as situações dos outros) (Gilbert, 2005b).

Quando em situações ameaçadoras, os sujeitos ficam tão focados na sua própria vulnerabilidade que faltam os recursos mentais necessários para atender compassivamente às necessidades de ajuda e cuidado dos outros (Kunze & Shaver, 1994, as cited in Gillath, Shaver, & Mikulincer, 2005). Uma pessoa relativamente segura pode perceber os outros como fontes de segurança e apoio e também como seres humanos que precisam e merecem conforto e apoio (Gillath, Shaver, & Mikulincer, 2005). As pessoas ansiosas parecem ocupar o papel de pessoa necessitada, interrompendo a compaixão pelos outros necessitados. A vinculação evitante está associada com estar envolvida em razões menos altruístas nas ações voluntárias. A vinculação segura está associada a dar tempo para ajudar os outros e a razões mais altruístas: predispõe-se a ser compassivo e altruísta (Gillath, Shaver, & Mikulincer, 2005).

Altos níveis de auto compaixão têm sido associados à saúde psicológica: ótima satisfação com a vida, inteligência emocional, ligações sociais, metas de mestria, menos auto criticismo, menos depressão, menos ansiedade, menos perfeccionismo e menos perturbação do comportamento alimentar. (Adams e Leary, 2007; Neff, 2003a; Neff, Rude e Kirkpatrick, 2007; Neff e Vonk, 2009).

Os sujeitos com altos níveis de auto compaixão podem experienciar sentimentos positivos porque aceitam que são como são, havendo menos confronto entre o ideal e o que são (Neff e Vonk, 2009).

A auto compaixão pode ajudar a reduzir o sentido de ameaça e a criar sentimentos de segurança (Gilbert e Procter, 2006).

A falta de compaixão está associada ao aumento de vulnerabilidade de psicopatologia (Neff, 2003a, 2003b). O auto criticismo está associado a dificuldades em gerar imagens e sentimentos de auto compaixão (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus e Clark, 2006).

III - Objetivos

Com esta investigação pretendemos alcançar alguns objetivos. O primeiro, que incidirá num nível mais teórico, implicará uma revisão da literatura existente no que diz respeito à regulação emocional, à vinculação, às medidas de comparação social, à auto compaixão, à vergonha (interna e externa), ao auto criticismo, à auto apresentação perfeccionista, bem como à psicopatologia geral e alimentar. O segundo objetivo centra-se na avaliação das diferenças destes constructos nas duas populações, mais concretamente, esperamos que existam diferenças significativas entre o grupo institucionalizado e a população geral nas variáveis de comparação social, vergonha externa, interna, auto apresentação perfeccionista, auto criticismo (avaliado pela sub-escala de eu-inadequado e eu detestado da escala de FSCRS), auto compaixão, índice de massa corporal e discrepância do índice de massa corporal. Paralelamente, esperamos que estas diferenças se reflitam numa maior vulnerabilidade à psicopatologia geral (avaliadas pelas sub-escalas de sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress do DASS-21) e à psicopatologia alimentar (apresentado uma maior insatisfação corporal e maior endosso em atitudes e comportamentos alimentares de procura de magreza, avaliados pelo EDI). Um quarto objetivo pretende comprovar se as

variáveis em estudo se correlacionam com a psicopatologia alimentar e geral. Pretendemos ainda analisar as variáveis que melhor predizem a procura da magreza, tanto para a população normal como para a população institucionalizada. Por fim, ponderámos estudar o efeito mediador da insatisfação corporal na relação entre a vergonha interna e a procura da magreza e o efeito mediador do auto julgamento na relação entre a comparação social através da aparência física (com amigas) e a procura da magreza.

IV - Metodologia

Caracterização da amostra

Neste estudo, participaram 182 sujeitos do sexo feminino, das quais 90 encontravam-se institucionalizadas e 92 residiam com o seu agregado familiar. As participantes que constam neste estudo são estudantes e apresentam idades compreendidas entre os 12 e os 23 anos. As participantes do grupo institucionalizado apresentam uma idade média de 15.83 ($DP = 2.46$) e de 9.08 ($DP = 2.13$) anos de escolaridade. As participantes do grupo de controlo (população geral) apresentam uma média de idade de 16.04 ($DP = 3.09$) e de 9.66 ($DP = 2.77$) anos de escolaridade. Verificou-se que os dois grupos em estudo não apresentam diferenças significativas a nível de tais variáveis demográficas: idade ($t_{(180)} = -.507$; $p = .613$) e anos de escolaridade ($t_{(180)} = -1.596$; $p = .112$).

Foi ainda obtido o motivo de institucionalização dos sujeitos inseridos em lares de acolhimento, tendo sido categorizados em 5 grupos. Assim, esta amostra é constituída por 10 sujeitos acolhidos devido a falta de condições socio-económicas; 61 por negligência, abuso físico/psicológico por parte dos pais ou exposição a violência doméstica; 2 por abuso sexual; 5 devido a comportamentos de risco por parte da jovem; e 12 encontram-se em fase de avaliação. Esta população foi institucionalizada com uma idade média de 10.74 ($DP = 3.85$) anos.

Instrumentos

Para a realização desta investigação, foram usados alguns instrumentos a fim de obter informação relativamente ao que pretendíamos estudar. Assim, usámos:

Escala de Comparação Social (Social Comparison Rating Scale, SCRS; Allan, S. & Gilbert, P., 1995, adaptação de Gato & Pinto Gouveia, 2003). Este questionário fornece uma medida da posição social percebida do sujeito, avaliando a forma como se compara relativamente aos outros. É constituído por 11 itens, tendo por base uma metodologia diferencial semântica: é apresentada uma frase incompleta seguida por constructos bipolares (por exemplo, Inferior/Superior, Antipático/Mais simpático) face à qual, em cada item, o sujeito deve assinalar, numa escala de tipo Likert de 10 pontos, o número que melhor corresponde ao modo como se percebe o relacionamento com os outros relativamente a tais constructos. Este

questionário contem dois fatores – hierarquia e ajustamento social – que revelaram uma consistência interna satisfatória com valores de alfa de Cronbach de .82 e .78, respetivamente (Gato, 2003). No presente estudo, revelou-se uma boa consistência interna com um $\alpha=.89$ para a escala total.

Escala de Comparação Social da Aparência Física (E.C.S.A.F.; Ferreira & Pinto Gouveia, 2006). Esta escala constitui-se como uma medida de ranking social da aparência física percebida, avaliando a forma como os sujeitos se comparam entre si a este nível. Possui duas subescalas, uma relativa à comparação física com as amigas, colegas ou raparigas conhecidas e outra referente à comparação com modelos, atrizes ou artistas de televisão. Cada subescala possui 12 itens, perante os quais o sujeito é convidado a responder assinalando um número, numa escala tipo Likert de 1 a 10, que melhor traduza a forma como se sente quando se compara fisicamente com os outros, correspondendo cada extremo a constructos opostos (e.g. Inferior/Superior, Feia/Bonita). Neste estudo, obteve-se valores correspondentes a uma consistência interna muito boa ($\alpha=.94$ e $\alpha=.97$, para as subescalas Amigas e Modelos, respetivamente).

Eating Disorders Inventory (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983; versão portuguesa Machado, Gonçalves, Martins & Soares, 2001) – Esta escala fornece uma avaliação compreensiva das dimensões comportamental e psicológica da patologia alimentar, podendo ser utilizada como uma medida de diagnóstico. A escala é constituída por 64 itens divididos em 8 subescalas, sendo que 3 das quais avaliam atitudes e comportamentos relativos ao peso, à forma corporal e à alimentação e as restantes 5 pretendem medir características psicológicas comuns aos sujeitos com patologia alimentar. Solicita-se ao indivíduo que indique em que medida cada item se aplica a si próprio, tendo 6 opções de resposta que variam de “sempre” a “nunca”. Relativamente à consistência interna da escala, verifica-se que a versão portuguesa apresenta níveis de bom a muito bom para as três subescalas (Procura da Magreza $=.91$; Bulimia $=.81$; Insatisfação Corporal $=.91$). Para o nosso estudo os valores obtidos revelaram: uma consistência boa para a subescala Procura da Magreza ($\alpha=.81$); razoável para a subescala Bulimia ($\alpha=.71$) e muito boa para a subescala insatisfação corporal ($\alpha=.90$). Como o nosso estudo envolve duas populações, ao estudar a consistência interna de cada uma destas escalas para cada população, verificámos que a escala Bulimia apresenta uma consistência interna muito baixa ($\alpha=.39$) para a população estudante, pelo que optámos por não utilizar esta escala, estudando apenas a insatisfação corporal e a procura da magreza.

Self-Compassion Scale (SELF-CS, Neff, 2003a, tradução e adaptação de Pinto Gouveia, J. & Castilho, P. 2006). Esta escala é composta por 26 itens, divididos em 6 subescalas: Calor/Compreensão; Auto Crítica, Condição Humana, Isolamento, Mindfulness; e Sobreidentificação. Pede-se aos sujeitos que respondam usando uma escala tipo Likert de 5 pontos que é compreendida entre “quase nunca” a “quase sempre”. Foram ainda constituídos dois índices compósitos: Auto Compaixão, constituído pelas escalas de caráter positivo deste instrumento (Calor/Compreensão, Condição

Humana, Mindfulness); e Auto Julgamento, constituído pelas escalas de carácter negativo (Auto Crítica, Isolamento, Sobre identificação). Demonstrou-se a existência de uma boa consistência interna ($\alpha=.92$) e teste-reteste ($\alpha=.93$). Para o nosso estudo, os valores de consistência interna obtidos foram os seguintes: subescala Calor/Compreensão $\alpha=.70$ (.78, na versão original); subescala auto avaliação crítica $\alpha=.70$ (.77); subescala Condição Humana $\alpha=.72$ (.80); subescala Isolamento $\alpha=.71$ (.79); subescala mindfulness $\alpha=.62$ (.75); e subescala sobreidentificação $\alpha=.61$ (.81). Para os índices compósitos, a consistência interna relevou-se boa com .84 e .86 para a auto compaixão e o auto julgamento, respetivamente.

Other As Shamer (OAS; Goss, Gilbert & Allan, 1994; Tradução e adaptação de Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2005). Este questionário é constituído por 18 itens que avaliam a vergonha externa, isto é, o que as pessoas pensam acerca da forma como os outros a veem. Desta forma, é pedido aos sujeitos que respondam em relação à frequência com que sentem ou experienciam aquilo que é afirmado em cada item, utilizando uma escala, tipo Likert, de 5 pontos (em que 0 é “nunca” e 4 é “quase sempre”). As pontuações elevadas nesta escala traduzem um alto índice de vergonha externa. No que diz respeito à consistência interna desta escala, o estudo de Goss et. al. (1994) apontou um valor elevado ($\alpha=.92$) (Cheung, M. S. P., Gilbert, P. & Irons, C. (2004). Neste estudo, a consistência interna foi de .95.

Perfeccionism Self-Presentation Scale (PSPS; Hewitt, Flett & Ediger, 1996; tradução e adaptação portuguesa de Ferreira, C., 2006). Este instrumento de auto resposta tem por objetivo medir a necessidade do indivíduo se apresentar como perfeito aos outros (Hewitt et al., 2003). É uma escala multidimensional composta por 27 itens e que contém três subescalas que visam medir três dimensões da auto apresentação perfeccionista: auto promoção perfeccionista, ocultação das imperfeições e não revelação das imperfeições. Esta escala possui bons resultados de consistência interna, confiança teste-reteste e adequada validade convergente e discriminante para as três escalas, sendo os seus valores de alfa de cronbach de .86 para a auto apresentação perfeccionista, .83 para a ocultação das imperfeições e .78 para a não revelação das imperfeições (Flett, Greene & Hewitt, 2004). No nosso estudo, os resultados de consistência interna obtidos foram de .87 para a escala total.

Forms of Self-Criticizing/attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004; tradução e adaptação da versão portuguesa Castilho & Pinto Gouveia, 2005) – consiste num conjunto de 42 itens para avaliar a forma como as pessoas se criticam e tranquilizam a si próprias quando “as coisas correm mal”. Os participantes respondem num intervalo de situações, numa escala de Likert de 5 pontos (0 – *Não sou assim* a 4 – *Sou extremamente assim*). Esta medida é composta por 3 fatores: Eu inadequado, que mede o sentimento de inadequação do eu quando está perante falhas; Eu tranquilizador, que avalia a capacidade do eu se tranquilizar, procurar conforto, acalmar e ser compassivo consigo mesmo;

e o Eu detestado, que mede a resposta destrutiva perante falhas, caracterizada por uma tendência agressiva para se magoar a si próprio. Quanto mais elevada a pontuação em cada fator, mais frequente é a correspondência da forma do auto criticismo. A consistência interna obtida no nosso estudo foi de .85 para a subescala eu inadequado; .83 para a subescala eu tranquilizador; .81 para a subescala eu detestado.

Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa EADS-21; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) - Esta escala inclui 3 sub-escalas (7 itens cada) e pretende medir os níveis de depressão, ansiedade e stress. A cada afirmação que constituem os itens deste instrumento são dadas 4 alternativas de resposta, que aparecem numa escala tipo Likert. Ao serem confrontados com o conteúdo da frase, os sujeitos avaliam se na semana anterior «não se aplicou nada a mim»; «aplicou-se a mim algumas vezes»; «aplicou-se a mim muitas vezes»; «aplicou-se a mim a maior parte das vezes». Para obter o resultado de cada escala, somam-se os resultados dos sete itens. A escala depressão relaciona-se com a perceção da baixa probabilidade de conseguir alcançar objetivos de vida que sejam significativos; a ansiedade enfatiza as ligações entre os estados de ansiedade e as respostas de medo; por fim, o stress elevado poderá surgir baixo nível de resistência à frustração. Quanto maior o resultado, mais negativos são os estados afetivos. A consistência interna das sub-escalas revelou-se moderada, com .85 para a depressão, .74 para a ansiedade e de .81 para o stress. No nosso estudo, a consistência interna para a depressão foi de .89, .85 para a ansiedade e .85 para o stress.

Internalised Shame Scale (ISS; Cook, 1996; versão portuguesa Matos & Pinto-Gouveia, 2006) – este instrumento tem como objetivo medir a vergonha interna, englobando para esse efeito 2 subescalas: uma com 24 itens (Vergonha Total – avalia o traço da vergonha) e outra com 6 itens (Auto-estima Total – avalia a auto-estima). É composto por 30 itens a que o sujeito terá que responder com base numa escala tipo Likert, que é compreendida entre 0 “nunca” e 4 “quase sempre”. A consistência interna é elevada, com um valor de .95 para a sub-escala de vergonha e .89 para a sub-escala de auto-estima; no nosso estudo foi de .96 para a subescala de vergonha.

Procedimento

Foi entregue às participantes um protocolo composto por questionários de auto-resposta para medir a comparação social, avergonha externa e interna, o auto criticismo, a auto apresentação perfeccionista, a auto compaixão e a psicopatologia geral e alimentar.

A amostra institucionalizada foi obtida em 7 instituições de acolhimento, com autorização dos respetivos diretores, nomeadamente Lar Santa Isabel (Leiria), Lar Girassol (Alcarragues, Coimbra); Casa Elysio de Moura (Coimbra); Casa Formação Rainha Santa (Coimbra); Comunidade Juvenil (Fátima); Casa São Miguel (Fátima); Irmãs Maria Imaculada (Fátima). A amostra da população estudante foi obtida em 3 escolas: Escola

Básica 2º e 3º ciclos José Saraiva (Leiria), Escola Tecnológica, Artística e Profissional de Nisa e Escola Profissional Agostinho Roseta (Crato).

De acordo com o código de ética, foi esclarecido aos participantes que a sua cooperação seria voluntária e que as suas respostas eram confidenciais e apenas usadas para fins estatísticos, compreendidos nos objetivos do presente estudo. Posteriormente à recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa SPSS – versão 20.0.

V- Resultados

Neste capítulo, iremos proceder à apresentação dos dados recolhidos, que, numa primeira fase foram inseridos numa base de dados, e posteriormente analisados por um programa estatístico, *SPSS* para o Windows, versão 20.0. Os resultados dos estudos que vão ser apresentados foram obtidos a partir de procedimentos estatísticos de testes *t* de Student, de correlações de *Pearson* e de análises de regressão.

1. Estudo I: Diferenças entre adolescentes institucionalizados e estudantes da população geral nas variáveis em estudo

Tendo em consideração que no presente estudo existem dois grupos – população institucionalizada e população estudante –, considerou-se crucial estudar a existência de diferenças entre os resultados de ambos os grupos nas variáveis em estudo.

a) Diferenças nas variáveis em estudo

No Quadro 1 são apresentadas as médias (*M*) e os desvios padrão (*DP*) das variáveis em estudo, para cada grupo, bem como os valores de *t* e *p*.

Quadro 1. Médias e Desvios-Padrão das variáveis em estudo para a população institucionalizada e para a população estudante

	Institucionalizadas (n = 90)		Estudantes (n = 92)		t	p
	M	DP	M	DP		
IMC	22.92	4.03	19.17	6.45	-4.687	.000
Discr. IMC	3.03	4.08	1.78	3.00	- 2.351	.020
ECS	66.45	17.38	60.33	25.44	-1.885	.061
ECSAFamigas	67.03	19.88	61.50	28.43	-1.519	.131
ECSAFmodelos	56.77	20.06	49.45	25.63	-2.143	.033
OAS	31.10	14.85	23.49	15.95	3.329	.001
ISS	46.68	20.98	33.42	23.42	4.019	.000
PSPS	108.39	22.23	93.85	40.56	2.978	.003
Eu Inadequado	18.34	7.81	14.51	8.43	3.179	.002
Eu Detestado	7.19	4.79	5.24	4.86	2.724	.007
Eu Tranquil.	3.03	4.08	1.78	3.01	-.093	.926
Auto Comp.	3.01	.60	3.15	.59	1.644	.102
Auto Julga.	3.09	.67	2.85	.67	-2.416	.017

Nota: IMC= Índice Massa Corporal; Discr. IMC = Discrepância entre o IMC real e o IMC ideal; ECS= Escala de Comparação Social; ECSAF Amigas= Escala de Comparação Social da Aparência Física com as amigas; ECSAF Modelos= Escala de Comparação Social da Aparência Física com as modelos e atrizes; OAS= Vergonha externa; ISS= vergonha interna; PSPS= auto apresentação perfeccionista; Eu Inadequado, Eu Detestado, Eu Tranquilizador= Subescalas do FSCRS; Auto Comp.= Auto Compaixão (compósito positivo do SELF-CS); Auto Julga.= Auto Julgamento (compósito negativo do SELF-CS)

Como pode ser observado no quadro apresentado, existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas populações no que respeita ao IMC e à Discr. IMC, sendo que a população institucionalizada tem um IMC mais elevado e maior discrepância entre o IMC real e o IMC ideal.

Os dados obtidos permitem-nos também apontar diferenças estatisticamente significativas entre as populações ao nível da comparação social da aparência física com as modelos (ECSAF modelos), indicando que as jovens institucionalizadas apresentam uma comparação social baseada na aparência física mais favorável, quando se comparam com alvos distais ou ideais, do que as jovens estudantes.

Estas duas amostras distinguem-se ainda, significativamente, no que respeita à vergonha externa (OAS) e interna (ISS), com a população institucionalizada a apresentar valores mais elevados nestas variáveis do que a população estudante. Distinguem-se ainda na auto apresentação perfeccionista (PSPS) e nas subescalas Eu Inadequado e Eu Detestado, sendo que a amostra institucionalizada apresenta maiores valores de auto apresentação perfeccionista e de auto criticismo, nomeadamente no domínio eu inadequado e eu detestado. Por fim, a população institucionalizada apresenta valores mais elevados no Auto Julgamento (Auto Julga.).

No que concerne à comparação social (ECS) e à comparação social através da aparência física com as amigas (ECSAF amigas) não se registam

diferenças estatisticamente significativas, o mesmo sucedendo para a subescala Eu Tranquilizador e para a Auto Compaixão (Auto Comp.)

b) Diferenças nas dimensões que traduzem sintomatologia psicopatológica geral e alimentar, nas duas amostras

O estudo que se segue tem como objetivo verificar se existem diferenças nas dimensões que traduzem sintomatologia psicopatológica, ou seja, sintomatologia depressiva (Depressão), ansiosa (Ansiedade) e de stress (Stress), entre a amostra institucionalizada e a estudante, bem como estudar as diferenças em relação à insatisfação em relação à imagem corporal (IC) e aos comportamentos alimentares restritivos e perturbados (PM).

Quadro 2. Diferenças nas dimensões que traduzem sintomatologia psicopatológica, insatisfação em relação ao peso e à imagem corporal e ao comportamento alimentar restritivo e perturbado

	Institucionalizadas (N=90)		Estudantes (N=92)		t	p
	M	DP	M	DP		
Depressão	7.18	5.32	5.07	5.01	2.733	.007
Ansiedade	7.20	5.35	5.05	4.49	2.926	.004
Stress	9.10	5.06	7.16	4.89	2.616	.010
IC	9.59	7.88	5.96	6.43	3.411	.001
PM	5.76	5.56	3.65	4.15	2.897	.004

Nota: Depressão= DASS21 depressão; Ansiedade= DASS21 Ansiedade; Stress= DASS 21 Stress; IC= Insatisfação Corporal; PM= Procura da Magreza

Através dos resultados obtidos (Quadro 2), podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas para a psicopatologia geral, entre as jovens da amostra geral e da amostra institucionalizada, nomeadamente ao nível da sintomatologia depressiva (Depressão), ansiosa (Ansiedade) e de stress (Stress), havendo maiores índices de psicopatologia geral no grupo institucionalizado.

Nas variáveis de vulnerabilidade à patologia do comportamento alimentar encontram-se diferenças estatisticamente significativas na insatisfação corporal (IC) e na procura da magreza (PM), com a população institucionalizada a sentir-se mais insatisfeita com o seu corpo e a procurar mais a magreza do que a população estudante.

2. Estudo II: Relação entre as variáveis em estudo e as medidas de psicopatologia alimentar e psicopatologia geral

a) Estudo da relação entre medidas de comparação social, psicopatologia alimentar e psicopatologia geral

Neste estudo, pretendeu-se avaliar, para cada uma das amostras, a relação entre as medidas de *ranking* social (comparação social (ECS), comparação social através da aparência física, tanto comparada com amigas como com modelos (ECSAF amigas e modelos, respetivamente)), e as dimensões de psicopatologia alimentar: procura da magreza e insatisfação corporal (medidas pelo EDI) e psicopatologia geral: sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress (medidas pelo DASS 21), procedendo-se à análise das correlações de *Pearson*.

No grupo de jovens institucionalizadas, podemos verificar (Quadro 3) que a escala de comparação social (ECS) associa-se negativamente, com magnitudes de correlação baixas com a procura da magreza (PM), com a ansiedade (ansiedade) e com o stress (stress), apresentando uma correção moderada e negativa com a sintomatologia depressiva (depressão). A escala de comparação social através da aparência física com amigas apresenta correlações negativas e com uma magnitude baixa com a procura da magreza, com a insatisfação corporal e com a sintomatologia depressiva (depressão), não havendo correlação com a ansiedade e o stress. Por último, a escala de comparação social através da aparência física com as modelos e atrizes apenas apresenta uma correlação negativa significativa com a insatisfação corporal, de baixa magnitude.

No grupo de estudantes, constatam-se que não existem correlações entre as variáveis em estudo.

b) Estudo da relação entre medidas de vergonha, psicopatologia alimentar e psicopatologia geral

Através da análise do Quadro 3, podemos ver que os resultados obtidos indicam que, para a população institucionalizada, a vergonha externa apresenta uma correlação positiva e baixa com a procura da magreza e com o stress, e uma correlação positiva e moderada com as outras medidas de psicopatologia geral, especificamente, com a sintomatologia depressiva, com a ansiedade, não havendo associação com a insatisfação corporal. Podemos ainda observar no quadro, que, de igual forma, a vergonha interna está positivamente correlacionada com a psicopatologia alimentar e geral. Especificando, há uma correlação positiva e baixa com a insatisfação corporal, e moderada com a procura da magreza, com a sintomatologia depressiva, com a ansiedade e com o stress.

Para a população estudante, há também correlação entre os dois tipos de vergonha e a psicopatologia alimentar e geral. A vergonha externa encontra-se correlacionada positivamente com magnitudes moderadas e baixas com a insatisfação corporal e com a procura da magreza, respetivamente. Com a

psicopatologia geral, as correlações são positivas e de magnitude moderada. A vergonha interna apresenta correlações positivas e moderadas com a insatisfação corporal e com a ansiedade; correlações positivas e baixas com a procura da magreza e elevadas com a sintomatologia depressiva e com o stress.

c) Estudo da relação entre a Auto Apresentação Perfeccionista, Eu Inadequado e Eu Detestado, Auto Julgamento e psicopatologia alimentar e geral.

Pretende-se perceber a relação entre a auto apresentação perfeccionista (PSPS), as subescalas Eu Inadequado e Eu Detestado e o auto julgamento com a psicopatologia alimentar (Insatisfação Corporal e Procura da Magreza) e com a psicopatologia geral (sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress).

Para a população institucionalizada, a auto apresentação perfeccionista apresenta apenas correlações positivas e baixas com a sintomatologia depressiva e com o stress. As dimensões do auto criticismo apresentam uma correlação positiva e baixa com a psicopatologia alimentar e positiva e moderada com a psicopatologia geral. O mesmo acontece com o auto julgamento que apresenta uma correlação baixa e positiva com a psicopatologia alimentar e uma correlação moderada e positiva com a psicopatologia geral.

Podemos verificar no Quadro 3 que a população estudante apresenta uma correlação positiva e baixa entre a auto apresentação perfeccionista e a insatisfação corporal, não havendo associação com a procura da magreza, e correlações positivas e baixas entre a auto apresentação perfeccionista e a sintomatologia depressiva, a ansiedade e o stress. As duas dimensões do auto criticismo (Eu Inadequado e Eu Detestado) apresentam correlações positivas moderadas e fracas com a insatisfação corporal e com a procura da magreza, respetivamente. A dimensão do Eu Inadequado do auto criticismo apresenta uma correlação moderada com a psicopatologia geral e o Eu Detestado apresenta uma correlação positiva e moderada com a ansiedade e o stress e uma correlação positiva e forte com a sintomatologia depressiva. O auto julgamento encontra-se positiva e moderadamente correlacionado com a insatisfação corporal e com a psicopatologia geral, e uma correlação positiva e fraca com a procura da magreza.

d) Estudo da relação entre a sub-escala Eu Tranquilizador e a Auto Compaixão, com a psicopatologia alimentar e geral

O objetivo deste estudo era analisar as correlações entre a dimensão positiva do auto criticismo (Eu Tranquilizador) e da auto compaixão (Auto Compaixão). Ao nível da população institucionalizada, a dimensão positiva do auto criticismo correlaciona-se de modo negativo e baixo com a

Contributo para o desenvolvimento de psicopatologia geral e alimentar numa população adolescente institucionalizada

Lisandra Carreira (lisandracarreira@hotmail.com), 2012

insatisfação corporal, com a sintomatologia depressiva e com o stress, não evidenciando correlações com a procura da magreza nem com a ansiedade. A auto compaixão não apresenta correlações com as duas dimensões de psicopatologia.

Para a população estudante, podemos observar que a dimensão positiva do auto criticismo não apresenta correlações nem com a psicopatologia alimentar nem com a psicopatologia geral. Por outro lado, a auto compaixão apresenta uma correlação moderada e negativa com a insatisfação corporal, negativa e baixa com a procura da magreza e com a sintomatologia depressiva e negativa e baixa com a ansiedade e o stress.

e) Estudo da relação entre o IMC, a discrepância entre o peso real e o peso ideal com a psicopatologia alimentar e geral

Neste estudo, pretendíamos estudar a relação entre o índice de massa corporal (IMC) e a discrepância entre o índice de massa corporal real e o ideal (Discrepância IMC) com a psicopatologia alimentar (insatisfação corporal e procura da magreza) e a psicopatologia geral (sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress). Com base nos resultados apresentados no Quadro 3, podemos perceber que, para a população institucionalizada, o IMC apresenta apenas correlações positivas, moderadas e baixas com a psicopatologia alimentar: procura da magreza e insatisfação corporal, respetivamente. A discrepância do IMC apresenta correlações positivas e baixas com a psicopatologia alimentar e com duas dimensões da psicopatologia geral: sintomatologia depressiva e ansiedade.

Para a população estudante, o IMC apresenta uma correlação positiva e moderada para a insatisfação corporal, e uma correlação positiva e fraca para a procura da magreza, para a ansiedade e para o stress, não havendo correlação com a sintomatologia depressiva. Já a discrepância do IMC apresenta apenas correlações positivas moderadas e fracas com a procura da magreza e a insatisfação corporal, respetivamente.

Quadro 3. Correlações entre as variáveis em estudo e as medidas de psicopatologia geral e alimentar, nas duas amostras em estudo

População estudante		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
População institucionalizada	1		.94**	.84**	.11	.14	.66**	.29**	-.21*	.74**	-.02	.05	.63**	-.52**	.02	-.02	-.12	-.03	.08
	2	.75**		.86**	-.03	.01	.58**	.17	-.31**	.70**	.05	-.01	.51**	-.56**	-.10	-.15	-.20	-.09	.00
	3	.47**	.75**		-.05	-.02	.51**	.11	-.33**	.67**	.16	-.07	.58**	-.53**	-.13	-.20	-.18	-.16	-.08
	4	-.56**	-.41**	-.24*		.86**	.60**	.75**	.61**	.01	-.46**	.66**	.60**	.21*	.50**	.32**	.59**	.54**	.57**
	5	-.477**	-.37**	-.24*	.70**		.59**	.83**	.73**	-.05	-.54**	.72**	.57**	.17	.51**	.35**	.72**	.61**	.71**
	6	-.17	-.17	-.14	.31**	.33**		.67**	.21*	.45**	-.32**	.46**	.80**	-.14	.38**	.14	.25*	.22*	.32**
	7	-.50**	-.38**	-.32**	.53**	.68**	.37**		.62**	.16	-.46**	.73**	.60**	-.01	.52**	.34**	.61**	.56**	.66**
	8	.38**	-.27*	-.21*	.58**	.66**	.23*	.58**		-.37**	-.39**	.54**	.17	.31**	.40**	.31**	.78**	.61**	.61**
	9	.38**	.30**	.06	-.31**	-.33**	-.04	-.09	-.32**		.30**	-.05	.46**	-.41**	-.16	-.16	-.17	-.15	-.04
	10	.04	.03	-.11	.10	.05	-.05	.08	.03	.48**		-.55**	-.31**	-.15	-.44**	-.35**	-.37**	-.25*	-.26*
	11	-.46**	-.41**	-.32**	.61**	.68**	.31**	.65**	.52**	-.15	.16		.33**	.06	.42**	.27*	.53**	.41**	.50**
	12	.05	-.07	.00	-.02	.02	.02	-.02	-.08	.01	-.03	.01		.10	.48**	.26*	.20	.21*	.30**
	13	-.13	-.15	-.11	.12	.14	.01	.13	.18	-.07	.00	.03	.67**		.41**	.35**	.15	.04	.02
	14	-.19	-.33**	-.28**	.17	.35**	.12	.35**	.35**	-.21*	-.03	.31**	.43**	.39**		.80**	.24*	.28**	.29**
	15	-.23*	-.23*	-.13	.25*	.40**	.10	.29**	.31**	-.08	.14	.31**	.31**	.38**	.68**		.18	.28**	.18
	16	-.42**	-.24*	-.14	.51**	.62**	.31**	.49**	.51**	-.23*	.08	.52**	.03	.25*	.16	.25*		.72**	.77**
	17	-.32**	-.15	-.02	.43**	.59**	.06	.46**	.56**	-.08	.11	.42**	.06	.25*	.17	.32**	.75**		.73**
	18	-.32**	-.18	-.03	.33**	.58**	.21*	.50**	.43**	-.24*	-.03	.47**	.07	.08	.15	.22*	.71**	.71**	

Nota: 1- Comparação Social (ECS); 2- Comparação Social através da Aparência Física com as amigas (ECSAF amigas); 3- Comparação Social através da Aparência Física com modelos (ECSAF modelos); 4- Vergonha Externa (OAS); 5- Vergonha Interna (ISS); 6- Auto apresentação Perfeccionista (PSPS); 7- Eu Inadequado; 8- Eu Detestado; 9- Eu Tranquilizador; 10- Auto compaixão; 11- Auto Julgamento; 12- IMC; 13- Discrepância IMC; 14- Insatisfação Corporal (IC); 15- Procura da Magreza (PM); 16- Depressão; 17- Ansiedade; 18- Stress

3. Modelos de regressão para explicar a procura da magreza

Com o objetivo de conhecer qual a combinação de variáveis que predizem de forma significativa a variância da procura da magreza e qual o papel preditivo dessas variáveis (IMC, vergonha externa, auto julgamento, discrepância IMC e vergonha interna), realizaram-se análises de regressões múltiplas hierárquicas ou por blocos, tendo como variável dependente ou critério a procura da magreza (avaliado pelo EDI).

3.1 Estudo das variáveis preditoras da procura da magreza, na população estudante

Para percebermos quais as variáveis preditoras significativas da procura da magreza introduzimos no primeiro bloco a variável IMC; no segundo bloco, acrescentámos a vergonha externa (OAS); no terceiro bloco, o Auto Julgamento; no quarto inserimos a discrepância do IMC; e, finalmente, no quinto bloco incluímos a vergonha interna (ISS).

Quadro 4. Análise de regressão múltipla hierárquica ou por blocos com a procura da magreza como variável critério, para população estudante

Modelo	R	R ²	F	p
1	.067	.056	6.424	.013
2	.108	.088	5.371	.006
3	.115	.085	3.818	.013
4	.206	.169	5.641	.000
5	.216	.170	4.725	.001

Modelo	Preditores	β	t	p
1	IMC	.258	2.535	.013
2	IMC	.108	.867	.388
	OAS	.252	2.024	.046
3	IMC	.119	.946	.347
	OAS	.170	1.086	.280
	Auto Julgamento	.115	.861	.391
4	IMC	.135	1.129	.262
	OAS	.068	.448	.656
	Auto Julgamento	.158	1.231	.222
	Discrepância	.310	3.154	.002
5	IMC	.110	.900	.371
	OAS	-.057	-.291	.772
	Auto Julgamento	.095	.674	.502
	Discrepância	.306	3.110	.003
	IMC			
	ISS	.212	1.025	.308

Todos os modelos se revestem de significância estatística. Assim, no primeiro modelo a percentagem da variância da Procura da Magreza explicada é de 5,6%, verificando-se que o IMC é um preditor significativo. No segundo modelo, que explica 8,8% da variância, o único preditor é a vergonha externa (OAS), sendo que o IMC deixa de ser um preditor

significativo. No terceiro modelo houve uma perda de percentagem da variância explicada, pelo que é apenas de 8,5%, verificando que nenhuma das variáveis que compõem o modelo é um preditor significativo. Quando fazemos entrar no modelo a discrepância do IMC, vemos que esta é o único preditor significativo da procura da magreza, que neste modelo é explicada por 16,9%, sendo que o IMC, a vergonha externa (OAS) e as componentes negativas da auto compaixão (Auto Julgamento) mantêm-se sem significância. No último modelo, explicando 17% da variância da procura da magreza, verifica-se que o único preditor continua a ser a discrepância do IMC, com um $\beta=.306$. Neste sentido, os resultados sugerem que é tanto maior a procura da magreza quanto mais a pessoa percebe uma discrepância entre o seu corpo real e um corpo visto como ideal.

3.2 Estudo das variáveis predictoras da procura da magreza, na população institucionalizada

Com o intuito de compreendermos quais as melhores variáveis predictoras significativas da procura da magreza nesta população, realizámos um estudo idêntico ao apresentado no ponto 3.1 para a amostra da população institucionalizada. Posto isto, introduzimos no primeiro bloco o IMC; no segundo bloco, adicionámos a vergonha externa (OAS); acrescentámos ao terceiro bloco o Auto Julgamento e ao quarto a Discrepância IMC. Por fim, inserimos a vergonha interna (ISS).

Quadro 5. Análise de regressão múltipla hierárquica ou por blocos com a procura da magreza como variável critério, para população institucionalizada

Modelo	R	R ²	F	p
1	.096	.085	9.318	.003
2	.161	.141	8.322	.000
3	.195	.167	6.942	.000
4	.240	.204	6.713	.000
5	.289	.247	6.835	.000

Modelo	Predictores	β	t	p
1	IMC	.309	3.053	.003
2	IMC	.315	3.205	.002
	OAS total	.255	2.592	.011
3	IMC	.309	3.196	.002
	OAS total	.110	.900	.371
	Auto Julgamento	.235	1.916	.059
4	IMC	.111	.854	.396
	OAS total	.055	.450	.654
	Auto Julgamento	.263	2.185	.032
	Discrepância IMC	.293	2.246	.027
5	IMC	.126	1.001	.320
	OAS total	-.093	-.695	.489
	Auto Julgamento	.119	.905	.368
	Discrepância IMC	.256	2.003	.048
	ISS	.347	2.409	.018

O modelo 1 apresenta-se estatisticamente significativo, explicando 8,5% da variância da procura da magreza, sendo que o único preditor é o IMC. Esta relação continua a ser significativa no modelo 2 quando fazemos entrar a vergonha externa (OAS). Este modelo explica 14,1% da variância e o melhor preditor continua a ser o IMC ($\beta=.315$), seguido da vergonha externa ($\beta=.255$). No terceiro modelo, que explica 16,7% da variância, o único preditor significativo é o IMC, sendo que a vergonha externa perde significância estatística. No quarto modelo com uma percentagem de 20,4% a explicar a variância da procura da magreza, o IMC perde significância estatística, e a discrepância do IMC passa a ser o principal preditor significativo com um $\beta=.293$, seguido do Auto Julgamento ($\beta=.263$). No quinto modelo, com 24,7% a explicar a variância da procura da magreza, o auto julgamento perde poder explicativo, deixando de ser significativo. O melhor preditor é a vergonha interna ($\beta=.347$), seguido da discrepância do IMC que, em relação ao modelo anterior, passa a ter um menor contributo (de um $\beta=.293$ passa para um $\beta=.256$). Assim sendo, estes resultados parecem-nos sugerir que quanto maior a vergonha interna e a discrepância entre o corpo real e o corpo ideal, maior a procura da magreza, para crianças e jovens institucionalizadas.

4. Efeito mediador da Insatisfação Corporal (VM) na relação entre a Vergonha Interna (VI) e a Procura da Magreza (VD) na população institucionalizada

Dado que, na amostra das adolescentes institucionalizadas, a vergonha interna e a discrepância entre o corpo real e o corpo ideal têm um papel preditor na procura da magreza (como vimos no estudo anterior (3.2)), pretendemos perceber qual o efeito mediador da insatisfação corporal na relação entre a vergonha interna e a procura da magreza. Assim, efetuámos uma análise de regressão com a vergonha interna (ISS) como variável independente, e com a procura da magreza (PM) como variável dependente (Quadro 5). O modelo foi significativo ($F(1,89)=16.85$; $p<.001$), contribuindo para 15.1% da variância da procura da magreza ($\beta=.401$; $p<.001$).

De seguida, foi realizada uma nova análise de regressão para compreender se a variável independente (ISS) predizia a insatisfação corporal (IC). Este modelo, tal como o anterior, foi significativo ($F(1,89)=12.34$; $p=.001$), contribuindo com 11,3% para a variância da insatisfação corporal ($\beta=.351$; $p<.001$).

Por último, foi realizada uma análise de regressão para averiguar se a insatisfação corporal estaria a desempenhar um papel de mediação entre as experiências de internalização da vergonha e a procura da magreza. Posto isto, introduzimos como variável independente a vergonha interna (ISS) e a insatisfação corporal (IC) e como variável dependente a procura da magreza (PM). Este modelo revelou-se significativo ($F(2,89)=41.10$; $p<.001$), explicando 47,4% da variância. Estes resultados indicam que quando é introduzida a insatisfação corporal simultaneamente com as experiências de internalização da vergonha na última equação do modelo de regressão,

Contributo para o desenvolvimento de psicopatologia geral e alimentar numa população adolescente institucionalizada

verificamos que diminuí o efeito direto destas experiências na explicação da procura da magreza (de $\beta = .401$ para $\beta = .187$; $p = .025$).

Estes resultados sugerem-nos que a insatisfação corporal medeia parcialmente a relação entre as experiências de internalização da vergonha e a procura da magreza. Através do teste de *Sobel*, foi verificado que o efeito da mediação encontrado é estatisticamente significativo ($Z=3.215$; $p = .001$) entre as experiências de internalização da vergonha e a procura da magreza.

Quadro 5. Estudo de mediação da Insatisfação Corporal (VM) na relação entre a Vergonha Interna (VI) e a Procura da Magreza (VD), na população institucionalizada ($n=90$)

VD	VI	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado
PM	ISS	.401	4.105	.000	16.85	.000	.151
IC	ISS	.351	3.513	.000	12.34	.001	.113
PM	ISS	.187	2.282	.025			
	IC	.609	7.417	.000	41.10	.000	.474

5. Efeito mediador do auto julgamento crítico (VM) na relação entre a comparação social através da aparência física (com amigas, VI) e a procura da magreza (VD) na população institucionalizada

Neste estudo, pretendíamos perceber o efeito mediador do auto julgamento crítico na relação entre a comparação social através da aparência física com as amigas e a procura da magreza.

Para a amostra institucionalizada foi realizada uma análise de regressão, com a comparação social através da aparência física com as amigas (ECSAF amigas) como variável independente e com a procura da magreza (PM) como variável dependente (Quadro 6). O modelo foi significativo ($F(1,89)=5.12$; $p<.05$), contribuindo para 4,4% da variância da procura da magreza ($\beta = -.234$; $p<.05$).

Posteriormente, foi efetuada uma nova regressão para perceber se a variável independente (ECSAF amigas) predizia o auto julgamento (At. Julga.). Este modelo foi igualmente significativo ($F(1,89)=17.27$; $p<.001$), contribuindo para 15,5% da variância do auto julgamento ($\beta = -.405$; $p<.001$).

Por fim, foi realizada uma análise de regressão para estudar se o auto julgamento estaria a desempenhar um papel de mediação entre a comparação social através da aparência física com as amigas e a procura da magreza. Deste modo, introduzimos como variável independente a comparação social através da aparência física (ECSAF amigas) e o auto julgamento e como variável dependente a procura da magreza (PM). Este modelo foi significativo ($F(2,89)=5.27$; $p<.05$), explicando 8,8% da variância. Estes resultados indicam que quando é introduzida o auto julgamento em simultâneo com a comparação social através da aparência física com as amigas na última equação do modelo de regressão, deixa de existir o efeito

direto entre a comparação social através das amigas e a procura da magreza (de $\beta = -.234$ para $\beta = -.132$; $p = .236$).

Desta forma, estes resultados sugerem-nos que o auto julgamento medeia totalmente a relação entre a comparação social através da aparência física com as amigas e a procura da magreza. Foi ainda realizado o teste de *Sobel*, onde verificámos que o efeito de mediação encontrado é estatisticamente significativo entre a comparação social através da aparência física com as amigas e a procura da magreza ($Z = -2.046$; $p < .05$).

Quadro 6. Estudo de mediação do Auto Julgamento (VM) na relação entre a Comparação Social da Aparência Física com as amigas (VI) e a Procura da Magreza (VD) na população institucionalizada ($n=90$)

VD	VI	β	t	p	F	p	R^2 Ajustado
PM	ECSAF amigas	-.234	-2.262	.026	5.12	.026	.044
At. Julga.	ECSAF amigas	-.405	-4.155	.000	17.27	.000	.155
PM	ECSAF amigas	-.132	-1.194	.236			
	At .Julga.	.252	2.278	.025	5.27	.007	.088

VI- Discussão

1. Estudo I. Estudo comparativo das diferenças entre adolescentes não institucionalizadas e adolescentes institucionalizadas

Considerando que o primeiro grande objetivo desta investigação é verificar a existência de diferenças entre as duas amostras, parece-nos pertinente a discussão dos resultados obtidos neste estudo.

As crianças que estejam expostas a cuidadores hostis apresentam severas dificuldades nas interações, as quais poderão ter um forte impacto na sua vida adulta. Paralelamente, tem sido demonstrado a função das experiências precoces adversas no desenvolvimento de psicopatologia (Bradley, 2003). O nosso estudo vai de encontro ao mencionado, no sentido em que as crianças institucionalizadas que, de uma forma geral desenvolvem uma vinculação mais insegura, apresentam índices superiores de discrepância entre o índice de massa corporal, de vergonha externa e interna, de auto apresentação perfeccionista, do auto julgamento crítico e de dimensões negativas do auto criticismo. Encontramos ainda diferenças estatisticamente significativas nas medidas de psicopatologia geral (sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress) e de psicopatologia alimentar (insatisfação corporal e procura da magreza).

Os nossos resultados permitem-nos assim suportar a ideia de Blatt e Homann (1992, as cited in Thompson & Zuroff, 1999), quando referem que crianças que tenham tido pouco calor parental por parte dos pais, têm uma maior probabilidade de desenvolverem elevados níveis de auto criticismo.

Como Bowlby (1988) referia, a criança interpreta as experiências baseando-se nas experiências de proximidade emocional que estabelece nas suas primeiras relações, logo, estas crianças institucionalizadas tiveram uma base relacional pobre e dotada de dificuldades ao nível de estabelecimento de laços emocionais, pelo que em comparação com crianças que tenham tido uma vinculação segura, estas crianças desenvolvem níveis de auto criticismo superiores. É o estabelecimento de uma vinculação insegura que poderá dar origem ao desenvolvimento desse auto criticismo (Blatt e Homann, 1992, as cited in Thompson & Zuroff, 1999). Gilbert e Irons (2005, as cited in Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010) referem ainda que as crianças que foram submetidas a ameaças e negligência, como muitas vezes se verifica nestas crianças antes de serem institucionalizadas, podem ser mais suscetíveis aos sinais de ameaça e à internalização de um estilo cognitivo auto crítico. Posto isto, era esperado e conforme foi comprovado, que a população institucionalizada obtivesse maiores níveis de auto criticismo, quando comparada com a população geral.

Quando nos referimos à psicopatologia geral, como a sintomatologia depressiva, a ansiedade e o stress, verificamos que a população institucionalizada apresenta uma maior tendência para estas dimensões comparativamente à população geral o que corrobora os resultados alcançados no estudo de Dell'Aglio e Hutz (2004), onde foi comprovado um maior nível de depressão nas crianças e adolescentes institucionalizados comparativamente às crianças e adolescentes que não se encontram em instituições. Nesta linha, Tasca et al. (2009) afirmam que crianças com uma vinculação insegura podem desenvolver estratégias de regulação emocional mal adaptativas, que, por sua vez, podem conduzir a uma vulnerabilidade para sintomas depressivos e/ou perturbações alimentares.

Na nossa revisão da literatura, encontramos ainda estudos que revelam que a rejeição e o medo presentes no início da vida, têm como influência a sobreestimulação de uma tendência para experienciar stress e aumentar a vulnerabilidade à psicopatologia (1992, as cited in Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010), nomeadamente à psicopatologia alimentar (Steiger et al, 1991, as cited in Thompson e Zuroff, 1999), o que vem corroborar os nossos resultados, na medida em que as crianças e jovens institucionalizadas apresentam uma maior tendência para a psicopatologia, quer geral, quer alimentar.

Contudo, é de salientar que apesar de apresentar diferenças na comparação social, apresentam uma avaliação mais positiva, ao contrário do que seria de esperar. Considerando que esta escala apresenta uma boa consistência interna, poderá refletir que as respostas destas participantes poderão ter sido influenciadas pelas expectativas sociais. Esta influência poderá também ter afetado as variáveis que não revelam diferenças estatisticamente significativas, como a comparação social, a comparação social através da aparência física com as amigas, a dimensão eu tranquilizador do auto criticismo e a auto compaixão da escala de auto compaixão.

2. Estudo II. Estudo da relação entre as variáveis em estudo e as medidas de psicopatologia alimentar e psicopatologia geral

a) Estudo da relação entre medidas de comparação social, psicopatologia alimentar e psicopatologia geral

Quando relacionamos o ranking social com a psicopatologia geral, devemos ter presente que tanto o comportamento submisso (Allan & Gilbert, 1997, as cited in Troop, Allan, Treasure & Katzman, 2003) como a comparação social desfavorável (Allan & Gilbert, 1995, as cited in Troop, Allan, Treasure & Katzman, 2003) têm sido relacionados com a psicopatologia. Mais uma vez, as participantes institucionalizadas não demonstram uma comparação social desfavorável, mas como poderá ser uma resposta baseada em expectativas sociais, na realidade, estas jovens podem comparar-se negativamente o que leva a um descontentamento e, como Gilbert (1992, as cited in Troop, Allan, Treasure & Katzman, 2003) defende, a depressão é considerada uma manifestação psicológica do comportamento submisso quando não há oportunidade para escapar de uma situação dominante. Desta forma, como não podem fugir desse descontentamento, poderão desenvolver sintomatologia depressiva, sendo este estudo corroborado pela relação entre o ranking social e a depressão (Allan e Gilbert, 1997, as cited in Troop, Allan, Treasure & Katzman, 2003; Gilbert, 2000).

Quando este processo de comparação social é baseado na aparência física verificámos que as jovens institucionalizadas apresentam uma comparação social superior às jovens da população estudante como vimos no primeiro estudo, o que constitui um resultado inesperado, o qual poderá ser explicado como tendo sido respondido de acordo com expectativas sociais. Verificámos ainda que a comparação social se associa, de uma forma geral, com a psicopatologia alimentar e geral, quando a população em estudo é institucionalizada. No entanto, na população estudante, não se verificaram associações entre estas variáveis. Estes dados corroboram os estudos de Irving, 1990; Corning, Krumm, Smitham, 2006; Dittmar & Howard, 2004; Tiggermann, Polivy & Hargreaves, 2009 (as cited in Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) que revelam que os sujeitos que comparam a sua aparência com as modelos, por exemplo, estão em risco de se sentirem insatisfeitos com a sua imagem corporal e de desenvolverem perturbações alimentares.

b) Estudo da relação entre medidas de vergonha (interna e externa) com a psicopatologia alimentar e geral

Os resultados revelam que, na amostra institucionalizada, tanto a vergonha interna como a externa se associam positivamente com a psicopatologia geral e alimentar. O presente estudo suporta as investigações anteriores que relatam uma relação entre a vergonha e sintomatologia depressiva (Webb, Heisler, Call, Chickering, Colburn, 2007) e as perturbações alimentares (Gilbert, 2002). Desta forma, estes resultados vão igualmente de encontro aos estudos de Masheb e Brondolo (1999, as cited in Troop, Allan, Serpall & Treasure, 2008), em que as pacientes com

Contributo para o desenvolvimento de psicopatologia geral e alimentar numa população adolescente institucionalizada

perturbações alimentares têm níveis mais elevados de vergonha do que mulheres sem perturbação, isto é, a vergonha encontra-se mais presente em mulheres com perturbação alimentar do que quando esta não está presente.

Quando os sujeitos encaram a sua própria imagem corporal como algo que está abaixo do que é considerado ideal para a sociedade, sentem vergonha deste mesmo. Assim, a vergonha, interna porque se associa à auto avaliação (Gilbert, 1998) e à forma como o eu se vê a si próprio (Gilbert, 2002) está associada à insatisfação corporal, porque desta discrepância entre o próprio corpo e a imagem deste, forma-se uma insatisfação corporal a fim de atingir o que seria socialmente aceite como ideal. Consequentemente, estes fatores associam-se à procura da magreza, de modo a atingir tal objetivo.

Como vimos, Gilbert (1998a) refere que é devido à vergonha interna que a pessoa se auto-desvaloriza, sentido-se má, fraca e indesejada. Neste sentido, é importante perceber qual o tipo de vergonha (interna ou externa) que mais contribui para o desenvolvimento de psicopatologia geral. Assim, é importante salientar que a vergonha interna apresenta uma associação mais forte com a psicopatologia geral comparativamente à vergonha externa. Estes resultados verificam-se quer para a população institucionalizada, como para a população estudante. Com estes resultados podemos corroborar a hipótese apresentada por Gilbert (1998a) em que defende que a vergonha interna se encontra associada à auto avaliação e à auto desvalorização, o que promove um sentimento na pessoa de má, indesejada, fraca, inadequada e nojenta. Como sabemos, na depressão, estes sentimentos de desvalorização e inadequação são sentimentos bastante marcados. O nosso estudo, vai assim de encontro a esta hipótese no sentido em que as crianças e jovens institucionalizadas, apresentam um maior índice de vergonha interna associado à psicopatologia geral. Embora a vergonha externa também apresente uma associação com a psicopatologia geral, a vergonha interna apresenta uma associação mais elevada, estando de acordo com a perspectiva de Gilbert (2002) no que diz respeito à vulnerabilidade à vergonha interna presente quando as nossas necessidades sociais estão ameaçadas.

Para a população estudante verificámos igualmente uma associação entre a vergonha e a psicopatologia geral, o que indica que quando estas jovens sentem vergonha por algo, pode, da mesma forma que na população institucionalizada levar ao desenvolvimento de psicopatologia geral e/ou alimentar. Contudo, é importante referir que quando estas jovens têm sentimentos de que os outros os veem negativamente e mais vulneráveis aos ataques dos outros, não sentem insatisfação corporal, apesar de mesmo nestas situações haver um envolvimento em comportamentos de procura da magreza. É ainda importante salientar que as correlações mostram-se mais elevadas para a população estudante do que para a população institucionalizada – excetuando a procura da magreza – o que poderá indicar uma certa defesa da população institucionalizada em respostas de acordo com aquilo que efetivamente sente, dado que todos os dados empíricos nos indicam que esta população tem maior propensão à psicopatologia.

c) Estudo da relação entre a auto apresentação perfeccionista, eu inadequado e eu detestado, auto julgamento e a psicopatologia alimentar e geral

As ameaças e os ataques dirigidos às crianças são para regular o comportamento, segundo os pais. Assim, quando as crianças adotam esta forma de regulação, encaram este auto ataque e punição como formas de corrigir o comportamento e de evitar os erros (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004). Desta forma, tentam constantemente chegar a um padrão pré estabelecido, e, na maioria das vezes, inatingível. Como num ciclo, este padrão leva a que mais uma vez se auto ataquem, auto critiquem para que a motivação para melhorar continue, para conseguirem alcançar o padrão pretendido. Assim, há uma relação entre as constantes auto críticas internalizadas, e a auto apresentação perfeccionista, no sentido de mostrar que se é perfeito e tentar atingir sempre os padrões pretendidos. Numa população específica como a que pretendemos estudar, como é o caso da população institucionalizada, antes de ser efetuada a institucionalização da criança, encontramos muitas vezes a presença de negligência por parte dos pais, aceitação condicional, frieza na relação pais-filho, avaliação contingente e negativa. Estes comportamentos promovem o desenvolvimento do auto criticismo (Thompson e Zuroff, 1999b), e, conseqüentemente, a auto apresentação perfeccionista funcionando como um mecanismo de diminuir os sentimentos de inferioridade provocados pelos maus tratos e negligência recebidos nas famílias de origem. Das duas populações, a sintomatologia depressiva apresenta uma correlação mais forte com a auto apresentação perfeccionista, indicando que as experiências de vida poderão influenciar este mecanismo compensatório de mostrar aos outros que são perfeitas.

Com este estudo pretendíamos perceber a relação entre as dimensões críticas e a psicopatologia. Como foi referido, Hewitt, Flett e Ediger (1995) apontam que a necessidade de apresentar aos outros uma imagem de perfeição ou mesmo de evitar revelar imperfeição está relacionada com a anorexia, com a bulimia e com a preocupação sobre as reações dos outros ou das avaliações sobre a sua própria aparência. Ao contrário do que seria de esperar, a população institucionalizada não apresenta associação entre a auto apresentação perfeccionista e a psicopatologia alimentar. Contudo apresenta associação com a sintomatologia depressiva, corroborando os estudos de Hewitt e Flett (1991b, 1993). Para a população estudante, encontramos uma associação com a psicopatologia geral e com a insatisfação corporal, o que se encontra mais próximo dos estudos anteriormente efetuados.

Como referem McGee, Hewitt, Sherry, Parkin & Flett (2005), a relação entre a auto apresentação perfeccionista e os sintomas de perturbação alimentar depende do nível de avaliação da imagem corporal, tal que altos níveis de auto apresentação perfeccionista predizem altos níveis de distúrbios alimentares para mulheres que estão insatisfeitas com a forma como parecem. Assim, as jovens institucionalizadas podem não entender que uma imagem positiva de si passe por um corpo ideal e daí não desenvolvam psicopatologia alimentar. Por outro lado, quando nos referimos ao auto criticismo, quanto maior o nível de auto criticismo, maior a probabilidade de desenvolverem psicopatologia alimentar.

Quando nos referimos à auto crítica baseada em sentimentos de merecimento das críticas (eu inadequado) e à auto punição e sentimentos de ódio e desejo de insultar o próprio (eu detestado), temos que ao contrário do que seria esperado, a população institucionalizada apresenta valores de associação com a psicopatologia mais elevados. Podemos estar perante uma respostas socialmente desejáveis, por parte das jovens institucionalizadas, de modo a não transmitirem na realidade as estratégias adotadas quando as coisas não correm como esperam. Em alternativa, podemos pressupor que efectivamente estas jovens não se auto criticam como o encontrado em estudos anteriores.

Este estudo vai ainda de encontro ao estudado por Sachs-Ericsson, Verona, Joiner, Preacher, (2006) que chegaram à conclusão que crianças envergonhadas pelos pais podem ser vulneráveis ao desenvolvimento do auto criticismo pela internalização das críticas. Temos ainda que os cuidados paternos e maternos predizem o auto criticismo que, por sua vez, prediz as experiências de vergonha, uma vez que o sujeito se auto critica, sentido que não está como devia estar e sente vergonha por isso (Sandquist, Grenyer & Caputi, 2009). Estas experiências de vergonha conduzem aos sintomas depressivos, como já vimos num dos estudos anteriores.

Em relação ao auto julgamento (dimensão crítica da auto compaixão), os resultados do estudo de Akin (2009) mostram que há relações significativas entre as dimensões da auto compaixão e o comportamento submisso. Mostraram ainda que as dimensões positivas da auto compaixão (calor compreensão, condição humana e mindfulness) predizem o comportamento submisso de um modo negativo. O comportamento submisso está negativamente associado com muitos indicadores de bem estar (Cheung et al., 2004; Gilbert, 2000; Gilbert & Allan, 1994; O'Connor et al., 2002; Ozkan & Ozen, 2008; Turkum, 2005, as cited in Akin, 2009), por isso as dimensões positivas da auto compaixão podem ser vistas como sinais de bem estar psicológico, e, conseqüentemente como negativamente correlacionadas com o comportamento submisso. Por outro lado, o comportamento submisso é positivamente predito pelo auto julgamento, isolamento e sobre identificação. Estas três dimensões da auto compaixão mostram que os indivíduos atribuem a si próprios algumas particularidades enquanto cometem erros e perante experiências de vida sem sucesso através da identificação deles próprios com sentimentos negativos (Neff, 2003b). O auto julgamento, o isolamento e a sobre identificação envolvem auto crítica, auto avaliação negativa e ser apreendido pelas emoções quando experienciam um acontecimento stressante ou doloroso e encontram-se positivamente correlacionadas com a ansiedade, depressão e auto criticismo (Neff, 2003a; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Um aumento no comportamento submisso irá aumentar o auto julgamento, o isolamento e a sobre identificação e diminuir o bem estar. Temos ainda que pensamentos e sentimentos auto avaliativos negativos têm um papel na falha da alimentação restritiva para inibir a sua alimentação (Adams & Leary, 2007). Assim, o nosso estudo vai de encontro à literatura revista, no sentido em que sujeitos que se auto criticam (auto julgamento) têm uma maior vulnerabilidade à psicopatologia quer alimentar quer geral, apesar de haver maior procura da magreza na população institucionalizada.

d) Estudo da relação entre a sub-escala eu tranquilizador e a auto compaixão com a psicopatologia alimentar e geral

O objetivo deste estudo era perceber se as participantes compassivas desenvolviam menos psicopatologia. Alguns autores chegaram à conclusão de que altos níveis de auto compaixão têm sido associados à saúde psicológica: ótima satisfação com a vida, inteligência emocional, ligações sociais, metas de mestria, menos auto criticismo, menos depressão, menos ansiedade, menos perfeccionismo e menos perturbação do comportamento alimentar. (Adams e Leary, 2007; Neff, 2003a; Neff, Rude e Kirkpatrick, 2007). Contudo, para a população institucionalizada, os nossos resultados não permitiram tirar estas mesmas conclusões, uma vez que a auto compaixão não apresenta qualquer associação com a psicopatologia, quer alimentar quer geral. Já para a população estudante, a associação entre a auto compaixão e a psicopatologia indica-nos que quanto mais auto compaixão menos psicopatologia existe, o que corrobora os estudos supramencionados. Quanto à dimensão positiva do auto criticismo – eu tranquilizador – temos que, a população institucionalizada apresenta apenas associações com a insatisfação corporal, com a sintomatologia depressiva e com o stress, o que sugere que sujeitos que se desculpem e tranquilizam por fazerem algo menos certo têm menos insatisfação corporal, menos sintomatologia depressiva e menos stress. Para a população estudante esta associação entre eu tranquilizador e psicopatologia alimentar a geral não existe.

e) Estudo da relação entre o IMC, a discrepância entre o peso real e o peso ideal com a psicopatologia alimentar e geral

Os resultados deste estudo indicam-nos que tanto o índice de massa corporal real como a discrepância entre esse índice e o ideal estão associados à psicopatologia alimentar, em ambas as populações. Estes resultados vão de encontro ao encontrado por Williamson, Neteweyer, Jackman & Anderson (1995, as cited in Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) que afirmam a existência de uma correlação entre o índice de massa corporal, a insatisfação corporal e os comportamentos de perturbação alimentar. Já com a psicopatologia geral, as associações variam, pois a discrepância entre o índice de massa corporal real e ideal encontra-se associado apenas com a depressão e com a ansiedade na população institucionalizada enquanto que na população estudante apenas o índice de massa corporal se associa com a ansiedade e com o stress. Estes resultados permitem-nos perceber a relação do peso nas perturbações alimentares, dado que quanto maior a discrepância entre o índice de massa corporal real e ideal mais a insatisfação corporal e a procura da magreza, nomeadamente na população institucionalizada que apresenta valores mais altos para a procura da magreza. Deste modo, os nossos estudos corroboram os estudos de outros autores que referem que a discrepância entre o peso atual e o ideal está negativamente correlacionada com o apreço pela própria imagem corporal (McKinley & Hyde, 1996, as cited in Markham, Thompson, & Bowling, 2005), o que contribui para a depressão, ansiedade e perturbações alimentares (Harter, 2000; Henriques & Calhoun, 1999, as cited in Markham, Thompson, & Bowling, 2005).

3. Modelos de regressão para explicar a procura da magreza

a) Estudo das variáveis preditoras da procura da magreza na população estudante

Neste estudo, pretendíamos perceber qual a variável que melhor explica a procura da magreza. Optámos por colocar as variáveis pela influência que poderiam ter na explicação da procura da magreza. Os nossos resultados permitem-nos afirmar que para a população estudante quanto maior a discrepância entre o índice de massa corporal real e ideal, maior o envolvimento na procura da magreza.

Sabemos que as atitudes e comportamentos parentais para com a aparência das crianças pode ter um enorme impacto naquilo a que as crianças são sujeitas e como elas aprendem sobre o que é ser aceitável ou inaceitável na sua aparência ou funções corporais (Gilbert, 2002). Sentimentos de não se encaixar e de ser olhado de modo diferente pelos outros é uma experiência comum de vergonha e crianças e jovens podem ser dependentes dos pais para as ajudar a encaixar/pertencer através do cuidado da sua aparência. Os ambientes familiares podem providenciar experiências de amor e aceitação para as suas crianças e os seus corpos ou experiências de vergonha (Gilbert, 2002). Deste modo, temos que à partida estas crianças e jovens têm relações familiares mais saudáveis, sem os conflitos que estão presentes no grupo institucionalizado, logo veem o seu corpo como aceitável, sem sentirem vergonha nem crítica. Assim, este estudo indica que quando uma jovem inserida num ambiente familiar procura a magreza, não o faz por sentir vergonha do corpo ou por se criticar, mas apenas porque gostaria de ser diferente do que é, sentido apenas discrepância entre o corpo que tem e o corpo que gostaria de ter.

b) Estudo das variáveis preditoras da procura da magreza na população institucionalizada

Tal como o estudo anterior, este estudo pretendia perceber qual a melhor variável preditora da procura da magreza, diferindo na população – população institucionalizada. Como vimos, são vários os estudos que revelam que as crianças mal tratadas no que respeita à aparência física podem ser mais vulneráveis a desenvolver insatisfação e vergonha corporal (Gilbert e Thompson, 2002). Crianças que foram abusadas fisicamente estão sob risco de desenvolver perturbações alimentares. Para as anoréticas, as questões do controlo e da auto estima são centrais. Para uma adolescente que tenha sofrido negligência ou abuso, esteve incapaz de controlar o que acontecia, pelo que o controlo sobre a comida torna-se irresistível (Bibb & Quirk, 1998). Temos ainda que as experiências de abuso na infância predis põem o sujeito à psicopatologia. Esta vulnerabilidade interage com o temperamento, disfunção familiar e fatores ambientais, levando, nalguns casos, ao desenvolvimento efetivo de psicopatologia alimentar (Rorty e Yager, 1993, as cited in Kent & Waller, 2000). Com base nestes estudos, pretendemos perceber se o mesmo se verificava na nossa população institucionalizada, no sentido em que a insatisfação corporal, bem como a

procura da magreza, correspondem a características da perturbação alimentar. Nesta sequência, podemos perceber que as crianças e jovens institucionalizadas têm uma maior tendência a desenvolver um sentimento de insatisfação para com o próprio corpo. Esta insatisfação corporal prediz o início da perturbação alimentar (Hall, 2009) uma vez que está associada à procura da magreza, no sentido em que quando insatisfeitos com o seu corpo, tentam atingir padrões ideais, que na sua maioria estão associados a padrões de magreza. Este estudo mostrou-nos que são duas as variáveis que melhor explicam a procura da magreza nas jovens institucionalizadas: a vergonha interna e a discrepância entre o corpo real e o ideal. Isto é, quanto mais vergonha interna e maior a discrepância entre o corpo real e o corpo ideal, maior a tendência destas jovens adotarem comportamentos de procura da magreza. Este estudo sugere-nos ainda que, ao contrário do estudo anterior, estas jovens quando procuram a magreza, não o fazem por acharem apenas que o corpo que têm é diferente daquele que gostariam de ter, mas também porque sentem vergonha do corpo que têm.

4. Insatisfação corporal como fator mediador da relação entre a vergonha interna e a procura da magreza

Este estudo é pertinente no seguimento do que nos dizem Gilbert e Thompson (2002) quando revelam que as crianças que são criticadas no que respeita à sua aparência poderão ser mais vulneráveis a desenvolver a insatisfação e vergonha corporal, pois despoletam uma vergonha interna consequente das críticas a que está sujeita, o que é corroborado pela correlação apresentada entre a vergonha interna e a insatisfação corporal na população institucionalizada.

Nesta investigação procurámos avaliar o possível efeito mediador das dimensões da insatisfação corporal na relação entre a vergonha interna e a procura da magreza. A existência deste efeito mediador foi corroborada, na medida em que, a relação entre a vergonha interna e a procura da magreza não se revelou significativa quando adicionámos a insatisfação corporal ao modelo de equação. De facto, na nossa amostra é a insatisfação corporal que melhor prediz a vivência da procura da magreza. Desta forma, o modo como o sujeito se sente inadequado e indesejado socialmente (vergonha interna) parece não explicar diretamente o surgimento de procura da magreza, sendo esta relação mediada pela insatisfação corporal, no sentido em que quando se introduz o efeito desta variável, esta ganha o poder explicativo relativo à procura da magreza. Por outras palavras, o facto de a vergonha interna despoletar sentimentos inadequação e indesejabilidade pode aumentar a vulnerabilidade à insatisfação corporal perante discrepâncias entre o corpo real e o ideal, o que no seu conjunto funciona como um contributo para a procura da magreza.

5. Auto julgamento crítico como fator mediador da relação entre a comparação social através da aparência física (com amigas) e a procura da magreza

Segundo Gilbert, Price e Allan (1995), a necessidade para comparar o eu com os outros é um mecanismo adaptativo para estimar a posição

Contributo para o desenvolvimento de psicopatologia geral e alimentar numa população adolescente institucionalizada

Lisandra Carreira (lisandracarreira@hotmail.com), 2012

própria dentro do grupo. Os humanos sempre competiram para serem vistos como atrativos pelos outros. É através da comparação com os outros que ele percebe quais os domínios valorizados e através da qual pode adaptar o seu comportamento e esforçar-se nestes domínios, para alcançar a sua própria posição. A percepção de um baixo ranking social atua como uma ameaça de exclusão do grupo, levando a consequências negativas como a vergonha (Kaufman, 1989). Para as mulheres, a aparência física é uma dimensão auto avaliativa central (Gilbert et al. 1995; Troop, Allan, Treasure & Katzman, 2003). Assim, quando estas crianças se comparam negativamente com as amigas, poderão ter como comportamento compensatório a procura da magreza, no sentido em que as mensagens sociais proclamam que a magreza está relacionada com o sucesso, poder e felicidade (Strahan, Wilson, Cressman & Buote, 2006, as cited in Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Assim, o controlo sobre a comida, peso e imagem corporal emerge como uma estratégia para assegurar uma certa posição social e competir por vantagens sociais (Gatward, 2007; Burkle, Ryakman, Gold, Thorton & Audesse, 1999, as cited in Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011).

Por outro lado, quando as coisas nem sempre dão certo, aqueles que são mais auto críticos, comparados com aqueles que são mais seguros, ficam mais vulneráveis à psicopatologia (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006). No caso destas crianças e jovens institucionalizadas, a exposição precoce a ameaças, em forma de abuso, negligência ou expectativas parentais irrealistas é conhecida como estando associada à vulnerabilidade aumentada a dificuldades de saúde mental e pode ser traduzida em formas de auto desvalorização, auto condenação e sentimentos e cognições de auto crítica/auto ataque (Gilbert, Clarke Hempel, Miles & Irons, 2004; Schore, 1994).

Neste estudo, hipotetizámos que uma comparação social desfavorável com o grupo de pares explica os comportamentos de restrição alimentar (procura da magreza), mas considerámos que esta relação seria mediada por uma relação com o self caracterizado pelo auto julgamento crítico. Por outras palavras, a relação entre a comparação desfavorável e a procura da magreza depende de um relacionamento com o self pautado por uma atitude dura e auto crítica e por uma sobreidentificação com os seus pensamentos e sentimentos negativos assumindo as próprias experiências como algo isolado do resto do mundo. Posto isto, encontramos que a relação entre uma comparação desfavorável e a procura da magreza apenas se verifica na presença de um auto julgamento crítico, isto é, mesmo que uma criança institucionalizada apresente uma comparação desfavorável em relação às amigas, este facto por si só não conduz à procura da magreza. Para que tal aconteça, é necessário que essa mesma criança se sinta insegura e auto crítica, o que é comum em jovens institucionalizadas devido às experiências precoces vivenciadas. Apesar de o ranking social desempenhar uma questão importante nas perturbações alimentares (Troop, Allan, Treasure & Katzman, 2003), o nosso estudo mostrou que um ranking social desfavorável isolado não imprime qualquer efeito na procura da magreza, sendo necessário uma auto avaliação crítica.

VII - Conclusão

Este estudo teve como principal objetivo, e contributo, perceber o que leva ao desenvolvimento da psicopatologia geral e alimentar.

Crianças vítimas de maus tratos têm experiências precoces que interferem no seu desenvolvimento e levam, de uma forma geral, a prejuízos ao nível da vinculação (Cicchetti e Toth (1995 as cited in Bradley, 2003). Quando chegam às instituições de acolhimento, as estratégias de regulação emocional adquiridas nas primeiras relações da criança com os seus cuidadores nem sempre são dotadas de funcionalidade, uma vez que a criança tem que encontrar estratégias que permitam controlar os elevados níveis de ativação constante, por se sentir num meio inseguro, sem apoio consistente (Mikulincer & Shaver, 2007). Como consequência, poderão desenvolver estilos de vinculação inseguros muito frequentes em crianças vítima de maus tratos. Estas adolescentes podem ainda desenvolver sentimentos de vergonha, dado que tentam estimular sentimentos positivos na mente dos outros (Gilbert, 2002) mas consideram que nunca estão à altura, por serem demasiado auto críticas, considerando que nunca alcançam os objetivos pretendidos e estabelecendo padrões cada vez mais elevados. Uma vez que nunca querem mostrar imperfeição, evitando sempre revelar qualquer tipo de “defeito”, desenvolvem uma característica perfeccionista relacionada com a apresentação – auto apresentação perfeccionista – dado que apesar de estas crianças e adolescentes saberem que não são perfeitos, têm um desejo de mostrar que são perfeitos aos olhos dos outros (Hewitt et al., 2003). Como vimos neste estudo, as crianças e adolescentes institucionalizadas, comparativamente às crianças e adolescentes da população escolar apresentam mais vergonha, mais auto criticismo, mais auto apresentação perfeccionista, maior índice de massa corporal e discrepância entre o índice de massa corporal real e o ideal, mais auto julgamento crítico e menos auto compaixão. Conforme a literatura revista nos mostrou, estas variáveis, nesta população, conduzem muitas vezes à psicopatologia geral, como a sintomatologia depressiva, ansiedade e stress, e à psicopatologia alimentar, através da insatisfação corporal e da procura da magreza. Contudo, no nosso estudo, apenas algumas destas variáveis contribuem para o desenvolvimento de psicopatologia na população institucionalizada, como é o caso da auto apresentação perfeccionista, da comparação social, do índice de massa corporal, da discrepância entre o índice de massa corporal real e ideal e auto julgamento crítico. A vergonha e o auto criticismo, apesar de serem mais acentuados na população institucionalizada, apenas contribuem para a psicopatologia na população estudante.

Conseguimos ainda perceber que os motivos que levam as adolescentes institucionalizadas a adotar comportamentos alimentares restritivos, são diferentes das adolescentes estudantes. Assim, a população estudante adota estes comportamentos devido à discrepância existente entre o peso que têm efetivamente e o que gostaria de ter. Por outro lado, a população institucionalizada adota estes comportamentos porque além de não se sentirem satisfeitas com a imagem que o seu corpo transparece, auto avaliam-se negativamente sentindo-se más, fracas e indesejadas (Gilbert, 1998). Posto isto, pretendemos perceber se a insatisfação corporal estaria a

influenciar esta relação entre a vergonha interna e a procura da magreza. Concluímos que mesmo perante uma insatisfação com o próprio corpo, estas jovens, para engrenarem em comportamentos restritivos necessitam sentir vergonha. De outra forma, não basta haver insatisfação corporal, para haver procura da magreza.

Por fim, percebemos que uma comparação social desfavorável, por si só não contribui para a procura da magreza, sendo necessário um auto julgamento critico.

Apesar de alguns dos resultados encontrados neste estudo apresentarem suporte em estudos realizados anteriormente, é importante identificar algumas limitações que poderão ter influenciado os resultados contraditórios e ser ultrapassadas em estudos posteriores. Tendo em consideração a população específica que foi estudada – a população institucionalizada – seria importante ter explorado a história individual de cada criança/adolescente, a fim de perceber, por exemplo, que tipo de mau trato sofreu, pois poderá influenciar para a imagem que o indivíduo tem de si e dos outros. Seria ainda importante usar uma escala que avaliasse o estilo parental, do ponto de vista da criança e uma outra escala que avaliasse o tipo de vinculação estabelecido. Seria crucial que esta escala integrasse quer o protocolo da população institucionalizada, quer o da população estudante, pois poderá haver questões no seio familiar que implicam uma diferente perceção própria da adolescente. Uma questão que poderia ter sido enriquecedora seria perceber a diferença de instituição para instituição, o seu funcionamento e metodologia interna, dado que ao longo da recolha da informação foi detetado alguma diferenças ao nível do ambiente familiar de cada lar de acolhimento (nuns denotavam-se as condições materiais que as adolescentes tinham; noutros o afeto dado, por exemplo o numero reduzido de crianças, ou mais auxiliares educativas; etc.). Desta forma, sugerimos que num próximo estudo, seria importante recolher uma amostra mais alargada em cada instituição a fim de avaliar e perceber se os métodos e a organização intra-instituição afeta a forma como estas crianças e adolescentes se desenvolvem. Paralelamente seria ainda interessante estudar os motivos pelos quais estas jovens estão institucionalizadas, a fim de perceber se acarreta diferenças ao nível do desenvolvimento de psicopatologia.

VIII - Bibliografia

- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1120–1144
- Akin, A. (2009). Self-compassion and submissive behavior. *Education and science*, 34 (152), 138-147
- Amaral, V., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2010) *Relação entre Auto criticismo, Experiências Precoces de Subordinação e Sintomatologia Depressiva na Aduldez*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Braga

- Ashby, J. S., Kottman, T. & Schoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of mental health counseling*, 20, 261-271
- Bibb, M. & Quirk, P. (1998). Abuse survivors face greater risk for developing eating disorders. *The National Child Advocate*, 1 (3), 6-7
- Bierhoff, H. W. (2005). The Psychology of Compassion and Prosocial Behavior. In (eds) Paul Gilbert, *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge: New York
- Blasberg, P.; Besser, A.; Flett, G. & Sherry, S. (2011). Perfectionistic self-presentation in children and adolescents: development and validation of the perfectionistic self-presentation scale – junior form. *Psychological Assessment*, 23 (1), 125-142
- Blechert, J.; Nickert, T.; Caffier, D. & Tuschen-Caffier, B. (2009). Social Comparison and Its Relation to Body Dissatisfaction in Bulimia Nervosa: Evidence From Eye Movements. *Psychosomatic Medicine*, 71, 907-912
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. London: The Hogarth Press
- Bradley, S. (2003). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: the Guilford press
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (eds) (1999). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press.
- Connan, F., Troop, N. A., Landau, S., Campbell, I. C., & Treasure, J. L. (2007). Poor social comparison and the tendency to submissive behaviour in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 733–739.
- Dancyger, I. F. & Garfinkel, P. E. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 25, 1019-1025
- Dell'Aglio, D. & Hutz, C. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (2), 341-350
- Dias, P. (2007). Vinculação e regulação autonómica nas perturbações alimentares. Tese de doutoramento não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: a structural equation modelling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713–730.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40, 665–676.
- Ferreira, C.; Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (2011). Physical appearance as a measure of social ranking: the role of a new scale to understand the relationship between weight and dieting. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. DOI: 10.1002/ccp.769.
- Frost, R. O., Martin, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468

- Garner, D.; Olmstead, M. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory form anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34
- Garner, D, M., Olmsted, M, P., Polivy, J., & Garfinkel, P, E, (1984), Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255-266,
- Gilbert, P. (1998a). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (eds), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000a). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K.G. Bailey (eds), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*. Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J.N.V. Miles (eds). *Body Shame: Conceptualisation, Research & Treatment*. Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2005a). Introduction and outline. In (eds) Paul Gilbert, *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge: New York
- Gilbert, P. (2005b) Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In (eds) Paul Gilbert, *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge: New York
- Gilbert, P., Baldwin, M., Irons, C., Baccus, J., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 183-200.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P.; Price, J. & Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: how might they be related? *New Ideas in Psychology*, 13 (2), 149-165
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gilbert, S. & Thompson, J. (2002) Body shame in childhood and adolescence. In (eds) Paul Gilbert & Jeremy Miles (2002) *Body Shame: conceptualizations, research and treatment*. Hove: Brunner-Routledge
- Gilbert, P., & Trower, P, (1990). The evolution and manifestation of social anxiety. In W. R. Crozier (Ed.), *Shyness and embarrassment: Perspectives from social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press
- Gillath, O., Shaver, P. & Mikulincer, M. (2005.) An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. In (eds) Paul Gilbert,

- Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge: New York
- Goss, K. & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive behavioural functional analysis. In Paul Gilbert & Jeremy Miles (eds). *Body Shame: Conceptualisation, Research & Treatment*. Hove: Brunner-Routledge.
- Gullone, E., Ollendick, T. & King, N. (2006). The role of attachment representation in the relationship between depressive symptomatology and social withdrawal in middle childhood. *Journal of child and family studies*, 15 (3), 263-277.
- Hagele, D. (2005). The impact of maltreatment on the developing child. *NC Med J*, 66, 5, p. 356-359
- Hall, M. (2009). *Predictors of body dissatisfaction among adolescent females*. Paper based on a program presented at the American Counseling Association Annual Conference and Exposition, Charlotte, NC.
- Heatheron, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98–101.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 58–65.
- Hewitt, P., Flett, G., Ediger, E. (1995) Perfectionism Traits and Perfectionistic Self-Presentation in Eating Disorder Attitudes, Characteristics, and Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (4), 317-326
- Hewitt, P., Flett, G., Ediger, E., Fairlie, P., Strein, M. (2003). The Interpersonal Expression of Perfection: Perfectionistic Self-Presentation and Psychological Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (6), 1303–1325
- Horwitz, A.; Widom, C.; McLaughlin, J. & White, H. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 2, 184-201
- Kaufman, G. (1989). *The Psychology of Shame*. Springer: New York.
- Kent, A. & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20 (7), 887-903
- Kunze, L.J. & Shaver, P.R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (eds), *Advances in Personal Relationships*, 5. London: Jessica Kingsley.
- Lamont, A. (2010). *Effects of child abuse and neglect for children and adolescents*. National Child Protection Clearinghouse
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: Free Press.

- Macedo A, Soares MJ, Azevedo MH, Gomes A, Pereira AT, Maia B, Pato M.(2007) Perfectionism and eating attitudes in a Portuguese sample of university students. *European Eating Disorder Review*, 15 (4), 296-304.
- Machado, P.; Gonçalves, S.; Martins, C. & Soares, I. (2001). The portuguese version of the eating disorders inventory: evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, 9, 43-52
- Maia, B., Soares M., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A., Cabral, A., Valente, J., Bos, S., Pato, M., Pocinho, M., Azevedo, M., Macedo, A. (2009) Perfeccionismo no transtorno obsessivo-compulsivo e nos transtornos alimentares. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 31 (4), 322-327
- Markham, A.; Thompson, T. & Bowling, A. (2005). Determinants of body-image shame. *Personality and Individual Differences*, 38, 1529-1541
- McGee, B., Hewitt, P., Sherry, S., Parkin, M., & Flett, G. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*, 2, 29-40.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood*. New York: Guilford.
- Neff, K.D. (2003a). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning . *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154.
- Neff, K. & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality* 77 (1), 23-50
- Parker, G. A. (1974). Assessment strategy and the evolution of fighting behaviour. *Journal of Theoretical Biology*, 47, 223-243.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390
- Puissant, S.; Gauthier, S. & Oirbeek, R. (2011). The contribution of social rank and attachment theory to depression in a non clinical sample of adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (2), 832-842
- Rice, K. & Lapsley, D. (2001). Perfectionism, coping, and emotional adjustment. *Journal of College Student Development*, 42 (2), 157-168
- Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T., & Preacher, J.K. (2006). Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93, 71–78.
- Sandquist, K.; Grenyer, B. & Caputi, P. (2009). *The relation of early environmental experience to shame and self-criticism: psychological pathways to depression*. Proceedings of the 44th annual APS conference, 161-166

- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In P. Gilbert & B. Andrews (eds) *Shame: interpersonal behavior, psychopathology and culture*. New York: Oxford University Press
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 201-269
- Slovan, L; Atkinson, L; Milligan, K; Liotti, G. (2002). Attachment, social rank, and affect regulation: Speculations on an ethological approach to family interaction. *Family Process*, 41 (3), 313-327
- Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133–161.
- Tangney, J. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In Tangney & Fischer *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment and Pride*, (eds). Guilford: New York
- Tangney, J. & Fischer, K. (1995) (eds) *Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guilford Press
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Daigle, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for Binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16, 106–121.
- Tasca, G., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., Balfour, L. & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47, 662–667
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52.
- Thompson, R. & Zuroff, D. (1999) Development of Self-Criticism in Adolescent Girls: Roles of Maternal Dissatisfaction, Maternal Coldness, and Insecure Attachment. *Journal of Youth and Adolescence*, 28 (2), 197-211
- Trevarthen, C & Aitken, K. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 42, 3-48
- Troop, N.A., Allan, S., Treasure, J.L., & Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology & Psychotherapy*, 76, 237–249.
- Troop, N.A., Allan, S., Serpall, L., & Treasure J.L., (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(6), 480–488

- Troop, N. & Baker, A. (2008). The Specificity of Social Rank in Eating Disorder Versus Depressive Symptoms. *Eating Disorders*, 16 (4), 331-341
- Webb, M.; Heisler, D.; Call, S.; Chickering, S. & Colburn, T. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1143-1153
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 14-24.
- Wyatt, R., & Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: a study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences*, 24, 71-79.

Anexos

E.C.S.

(Gilbert & Allan, 1995)

INSTRUÇÕES

Gostaríamos de saber como se compara com os outros. Por favor, assinale com um círculo o número que, em cada linha, melhor traduz a forma como se sente no relacionamento com as outras pessoas.

No relacionamento com os outros sinto-me:

Inferior	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Superior
Incompetente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais Competente
Antipático	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais simpático

...

E.C.S.A.F.

(Ferreira & Pinto Gouveia, 2006)

Instruções:

Gostaríamos de saber como é que as pessoas se comparam fisicamente com os outros. Por favor, assinale com um círculo o número que, em cada linha, melhor traduz a forma como se sente no relacionamento com as outras pessoas.

Quando me comparo fisicamente com as minhas colegas/amigas ou com outras raparigas conhecidas sinto-me:

Inferior	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Superior
Não atraente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais atraente
Indesejável	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais desejável

Quando me comparo fisicamente com modelos, atrizes ou artistas de televisão sinto-me:

Inferior	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Superior
Não atraente	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais atraente
Indesejável	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Mais desejável

...

EDI

Esta é uma escala que mede uma variedade de atitudes, sentimentos e comportamentos. Alguns dos itens relacionam-se com comida, alimentação, peso ou imagem corporal. Outros itens questionam-no sobre sentimentos acerca de si próprio.

NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS, POR ISSO, TENDE SER COMPLETAMENTE HONESTO(A) NAS SUAS RESPOSTAS.

Leia atentamente cada questão e coloque um X na coluna que considera que melhor se aplica a si. Por favor responda cuidadosamente a cada questão.

OS RESULTADOS SÃO COMPLETAMENTE CONFIDENCIAIS.

Sempre	Quase sempre	Frequente-mente	Algumas vezes	Rara-mente	Nunca	
						1. Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervoso(a)
						2. Acho que o meu estomago é demasiado grande
						3. Desejava podervoltar à segurança da infância

...

SELF-CS

(Neff, K. D., 2003; Tradução e adaptação Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2006)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder.

À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala.

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações	1	2	3	4	5
Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado	1	2	3	4	5
Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida	1	2	3	4	5

...

OAS

(Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1994)

(Tradução e Adaptação: Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2005)

Instruções

Esta escala tem como objetivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as veem. De seguida, é apresentada uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências referentes à forma como sente que os outros o(a) veem (a visão que os outros têm de si).

Leia atentamente cada uma das afirmações e assinale com um círculo o número que indica a frequência com que sente ou experiencia o que está descrito na frase.

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3	4

Sinto que as outras pessoas não me veem como sendo suficientemente bom (boa)	0	1	2	3	4
Penso que as pessoas me desprezam	0	1	2	3	4
As outras pessoas “deitam-me” muitas vezes abaixo	0	1	2	3	4

...

FSCRS

(Gilbert et al., 2004)

(tradução e adaptação; Castilho, P., & Pinto Gouveia, J., 2006)

Quando as coisas correm mal nas nossas vidas ou não estão a funcionar como queríamos e sentimos que podíamos ter feito melhor temos, por vezes, pensamentos e sentimentos negativos e auto críticos. Estes podem tornar a forma de sentimentos de desvalorização, inutilidade, inferioridade, etc. no entanto, as pessoas podem também tentar auto tranquilizar-se ou auto encorajarem-se.

Estão descritos em baixo um conjunto de pensamentos ou sentimentos que as pessoas, por vezes, têm. Leia cuidadosamente cada um dos pensamentos/sentimentos e assinale com uma cruz aquela que melhor descreve o quanto esse pensamento/sentimento se aplica a si (é verdadeiro no seu caso). Para isso utilize a seguinte escala de resposta:

Não sou assim	Sou um pouco assim	Sou moderadamente assim	Sou bastante assim	Sou extremamente assim
0	1	2	3	4

Quando as coisas correm mal:

Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a)	0	1	2	3	4
Há uma parte de mim que me inferioriza	0	1	2	3	4
Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas	0	1	2	3	4

...

EADS-21

(Lovibond & Lovibond, 1995)

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
0	1	2	3

	0	1	2	3
Tive dificuldade em me acalmar				
Senti a minha boca seca				
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo				

...

ISS

(Cook, 1996; tradução e adaptação Matos & Pinto Gouveia, 2006)

Instruções

Em baixo encontra-se um conjunto de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências que você pode ter de vez em quando ou que lhe são familiares porque tem tido estes sentimentos e experiências desde há muito tempo.

A maioria das afirmações descreve sentimentos e experiências que geralmente são dolorosos ou negativos de alguma forma. Algumas pessoas nunca, ou quase nunca, tiveram muitos destes sentimentos. Toda a gente já teve, em algum momento, alguns destes sentimentos, contudo, se considerar que estas afirmações descrevem a forma como se sente grande parte do tempo apenas lê-las pode ser difícil. Tente responder com honestidade.

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo em torno do número à esquerda do item que melhor indica a frequência com que sente o que está descrito na frase. Use a escala que se apresenta de seguida. NÃO OMITA NENHUM ITEM.

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

0	1	2	3	4	Sinto que nunca sou suficientemente bom
0	1	2	3	4	Sinto-me um pouco à parte
0	1	2	3	4	Penso que as pessoas me olham com superioridade

...